الإرشاد التعاطفي

المعنى والسياق والأخلاقيات والمهارات


Empathic Counseling


Meaning, Context, Ethics, and skill


Jeanne M.Slattery
Crystal L Park

ترجمة

د. أحمد عبدالله الشريفين
أميمة أحمد جدوع
نبيلة نمر دودين
إيمان إسماعيل المفلح









الإرشـاد التعاطفي

المعنى والسياق

والأخلاقيات والمهارات

Authorized translation from the English language edition, entitled **Empathic Counseling: Meaning, Context, Ethics, and skill, First Edition** , ISBN 9780840033512, Jeanne M.Slattery , Crystal L Park; publishing by South - Western publishing as Cengage Learning ,Copyright @ 2011

رقم التصنيف: 150

Jeanne M.Slattery , Crystal L Park

ترجمة: د. أحمد عبدالله الشريفين / نبيلة نمر دودين / أميمة أحمد جدوع / إيمان إسماعيل المفلح

الارشاد التعاطفي المعنى والسياق والاخلاقيات والمهارات

عمان - دار الفكر ناشرون وموزعون 2015

ر.أ: **2011/10/4935**

الواصفات :علم النفس / / العواطف

أعدت دائرة المكتبة الوطنية بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية

يتحمل المؤلف كامل المسؤولية القانونية عن محتوى مصنفه ولا يعبر هذا المصنف عن رأي دائرة المكتبة الوطنية أو أي جهة حكومية أخرى

الطبعة الأولى: 2015 - 1436



www.daralfiker.com

المملكة الأردنية الهاشمية - عمّان

ساحة الجامع الحسيني - سوق البتراء - عمارة الحجيري

هاتف: 4621938 6 962+ فاكس: 4654761 6 962+

ص.ب: 183520 عمان 11118 الأردن

بريد الكتروني: info@daralfiker.com

بريد المبيعات: sales@daralfiker.com

ISBN: 9789957921187

الإرشـاد التعاطفي

المعنى والسياق والأخلاقيات والمهارات

Empathic Counseling

Meaning, Context, Ethics, and skill

Jeanne M.Slattery
Clarion University
Crystal L Park
University of Connecticut

ترجمة

د. أحمد عبدالله الشريفين | **نبيلـــة نمـر دوديـــن**
أمـيـمـة أحـمـد جـدوع | **إيمـان إسماعيـل المفلـح**

الطبعة الأولى
1436- 2015



الإهـــــداء

إلى المرضى، والطلبة، والأصدقاء، والعائلة الذين استمعوا لي بصبر، وقدموا لي الدعم والتوجيه كما استمعت لهم وساندتهم ووجهتهم.

JMS

إلى أساتذتي.

CLP

موجز المحتويات

المحتويات

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

المقدمة Preface

بإلقاء نظرة سريعة على محلات بيع الكتب المحلية أو على الإنترنت يظهر وجود أعداد كبيرة من الكتب الدراسية التي تتحدث عن مهارات الإرشاد، وتتناول هذه الكتب مجتمعة المعلومات الأساسية بغض النظر عن عناصر مهارات الإرشاد. وبقراءة متمعنة لها نشعر أن هنالك شيئاً مفقوداً. لذا، يحاول عدد من الباحثين بجد تغطية قواعد كثيرة في مجال الإرشاد أفقدتهم معناها؛ إذ ينقصها قوة الفكرة الأساسية أو العناصر التي ترشد الأطباء الجدد اثناء تقدمهم في عملهم.

قررنا تدوين كتاب يستخدم جانباً أساسياً من جوانب العمل الاكلينيكي الجيد، وهو– التعاطف– كفكرة تربط أجزاء هذا الكتاب معاً. وتشير كلمة التعاطف (Empathy) حسب استخدامها هنا إلى الفهم، والقبول، والأمل الذي يكمن وراء جميع التدخلات الفعالة. ومن هذا المنظور سنتناول مواضيع مختلفة من مهارات الإرشاد بحيث تتركز المناقشات على أنموذج التعاطف الذي يتطلب إمتلاك إطار قوي لفهم الأشخاص الآخرين (بما فيهم الشخص نفسه!)، ومهارات تقييم قوية لتطوير تقييم دقيق لنظرتهم العالمية.

إن من الضروري التعاطف مع عوالم مرضانا الداخلية والسياقات الثقافية التي يعيشون فيها؛ لذا، تم استخدام المفاهيم المتعلقة بوجهات النظر العالمية والهويات متعددة الثقافات في فصول هذا الكتاب لتوّجه دليلاً أثناء عملية التقييم وتساعد الأطباء الإكلينيكيين على استنباط وتنفيذ تدخلات تعاطفية فعالة.

بالتأكيد، الفهم وحده لا يكفي؛ لذا لتكون فاعلاً فإنه يجب أن يتم إيصال الفهم التعاطفي باستخدام مجموعة بسيطة لكنها عميقة من مهارات الاتصال والتواصل التعاطفي التي أشار إليها الأطباء الإكلينيكيون (السريريون) على مرّ السنين؛ كالاستماع الفعال. يشوكل أُنموذج التعاطف الذي نقدمه بين طيات هيكل الكتاب مع وجود أجزاء تتعلق بتطوير أُطر الفهم وأدوات التقييم الإكلينيكي ومهارات الاتصال والتواصل التعاطفي.

تطبيق العالم الحقيقي Real – Word Applicability

لقد ركزنا مناقشتنا لمهارات الإرشاد على تطبيقات العالم الحقيقي والمهمات الأكثر تحدياً التي يواجهها الممارسون خلال عملهم. وفي سبيل تحقيق هذه الغاية دمجنا عدداً من الملامح التي تسهل تطبيقات العالم الحقيقي:

- من السهل فهم الأشخاص المشابهين لنا، ولكن من الصعب التعاطف مع الأشخاص الذين يحملون وجهات نظر مختلفة عن العالم، والذين يتخذون قرارات معاكسة لقراراتنا. ولمساعدة القراء على تعلُّم التعاطف بشكل جيد فإننا نستعمل معلومات بعض الحالات الجيدة المأخوذة من ممارساتنا الإكلينيكية (السريرية) والفيديو والتقارير الإخبارية والمذكرات. وتوضح هذه الحالات في كل فصل بما يُساعد على كسب المفاهيم بشكل فعال واجتذاب الطلبة إلى المستوى الأعمق من التعلّم. إضافةً لذلك، فإن هذه الحالات تنظم في فصول لتحفيز الطلبة على التفكير بالأشخاص وعملية العمل معهم بطرق معقدة؛ ومع هذا، فقد تم تقسيم المهارات المستخدمة إلى أجزاء سهلة التعلّم.
- تم تضمين كل فصل أسئلة مفتوحة، وأسئلة ذات علاقة بالحالة المَرَضِيّة وأسئلة مغلقة؛ لتسهيل تطبيق المفاهيم التي يتم مناقشتها.
- نساعد الأطباء الإكلينيكين الجدد على رؤية المرء كَ "كل متكامل"، وذلك بالتركيز على السياقات (المحتوى) والهويات المتعددة التي تؤثر على المريض؛ المعتقدات والقيم والأهداف التي تُشَكّل مجتمعة وجهة نظرهم العالمية، والتركيز كذلك على نقاط القوة والضعف لديهم. وبهذه الطريقة من الاحتواء يصبح المرضى أشخاصاً ثلاثيي الأبعاد، وتصبح خطط المعالجة والتصورات المفاهيمية للحالة بالنسبة للأطباء الإكلينيكيين مفيدة وأكثر تطوراً.
- يجب أن يؤسس العمل الإكلينيكي من خلال الأخلاق؛ لذا سنناقش في هذا الكتاب ملخص المبادىء الأخلاقية الكامنة وراء الممارسة الجيدة. ولجعل هذه المادة أكثر سهولة للوصول فقد تضمن الكتاب فصلاً أخيراً يعتمد على الفصول الأولى منه بما يُمكّن القارئ من التفكير بتعقيدات السلوك الأخلاقي وطريقة عملها في العالم الخارجي. ونحن نستخدم هذا الفصل لمساعدة القرّاء على التفكير بهذه التعقيدات وباستراتيجيات تجنب المساومة على أخلاقهم أو تعاطفهم أو فاعليتهم. إن مدونة المبادئ الأخلاقية للمهن المُساعِدَة (ISBN 0-495-90657-3) مُتاحة في هذا الكتاب لدعم فهم الطالب وتطبيقه للقضايا الأخلاقية من منظور المدونات المهنية المختلفة للأخلاق.
- تتعزز الممارسة الإكلينيكية بأساسها في المعرفة العلمية. ولتحقيق هذا الهدف نبني تأكيداتنا في أدب البحث بكثير من الاقتباس للأدب الأصلي، وذلك لتتبع

المعلومات المعمقة عن المواضيع التي تتم مناقشتها.

- تم التركيز على الكتابة الإكلينيكية (السريرية)؛ لأن هذه المهمة تأخذ وقتاً كبيراً من اليوم، بحسب خبرتنا، مع أن معظم الأطباء الإكلينيكيين لا يقومون بهذا وغير مؤهلين له.
- ينتهي هذا الكتاب بفصل حول الرعاية الذاتية للممارس. ونحن نثق أن العناية والرعاية الذاتية يجب أن يتم التأكيد عليها خلال فترة التدريب لتطوير وتحسين الوضع الصحي والنفسي للممارس وزيادة فاعليته في مساعدة الآخرين.

الأخلاق والنفعية في استخدام مادة الحالة
Ethics And Pragmatics In Using Case Material

لقد تم استخلاص المادة الموسعة للحالات المَرَضيّة في هذا الكتاب من واقع الناس الحقيقي –إذ أُخِذَت من التقارير المنشورة في الأخبار، ومن الفيديو، والمذكرات، والمصادر الأخرى. بعض الحالات سمحت بالتكلم عنها وذكرها في السياق، مثل شيلا كارلوسيو (Sheila Carluccio)، وآنا جي ميتشنر (Anna J. Michener)، وهيلين تنسلي–جونز (Helen Tinsley - Jones)، وأندريا ييتس (Andrea Yates)، أما البعض الآخر فقد منح الإذن بذكر حالته في السياق لكن مع عدم ذكر هويته. بعض الحالات المَرَضيّة وافته المنية (مالكولم إكس Malcolm X))، وايريك هاريس (Eric Harris)، وديلان كليبولد (Dylan Klebbold). ومن الضروري الإشارة إلى أن هذه القصص غير كاملة، وقد اعتمدت على المعلومات التي كانوا على استعداد–هم أو عائلاتهم أو أصدقاؤهم أو معارفهم– لتقاسمها مع عامة الناس. هذا يشبه إلى حد كبير ما يحصل في العلاج عندما يكون المرضى والأطباء الإكلينيكيون معاً، يروون بعض القصص عن حياتهم وليس عن الآخرين. إنَّ ما يتم روايته متأثر بالسياق الذي رويت فيه تلك القصص.

لقد حاولنا البقاء ضمن التطلعات الأخلاقية لمهنتنا في كيفية نظرنا إلى قصص أصحاب الحالة (Kitchener, 1984)؛ حيث إن الكتابة والتفكير باحترام حولهم، وتجنب التشهير هو أمر ينسجم بشكل هام مع مبادئ الخير والإحسان والابتعاد عن الأذى (اعمل الخير دون أن تتسبب في الأذى). وعندما التمسنا (طلبنا) معلومات عن الحالة فقد تصرفنا بأسلوب منفتح وصادق، طالبين الإذن باستخدام المعلومات في هذا الكتاب، وتبادل المسودات الأولية لما قد كُتِبَ والسياق الذي ستظهر فيه، ومُحدِثين

التغييرات اللازمة لتصحيح الأخطاء (الاستقلالية الذاتية والإخلاص). تحدث الأشخاص، في بعض الحالات، عن اهتمامنا وفهمنا التعاطفي على أنه تشجيع (خير)، إلا أنه عندما كان مُمكناً فقد قمنا بهذه الأمور مع الأشخاص الذين نشروا مذكراتهم سابقاً أو الذين لديهم مقابلات منشورة واستخدمناها. إذا كان هؤلاء هم مرضانا، فإننا نلقي الضوء على الخيارات التي لديهم والتي يمكن أن تعزز استقلاليتهم. أخيراً، يُعد اختيار الأشخاص من مجموعة من السياقات والخلفيات الثقافية، وإبراز إسهامات هذه السياقات، وتشجيعك لعمل ذلك من الأمور التي تُعزز مثالية العدالة الاجتماعية.

اعتراف Acknowledgment

من الصعب أن يكتمل عزو التأثيرات على هذا الكتاب، لأننا نعتقد أن كيفية نظرتنا للأمور كانت القوة التي بدأت منذ وقت مبكر من طفولتنا وعبر العديد من التفاعلات الكبيرة والصغيرة. إن المجموعات التي تناولنا طعام الغداء معها، والعائلة، والأصدقاء كان لها أهمية خاصة في هذه العملية –حين كانوا الأكثر إثارة وإزعاجاً. لقد قرأت والدة جين سلاتري (أحد المؤلفين)وهي بي سلاتري (Bea Slattery) JMS دراساتنا عن الحالة وعملت على تشجيعنا، وكانت كريمة جداً حين أرسلت مقتطفات من الجريدة ومقالات المجلة. واقترح الأصدقاء والزملاء مدى واسعاً من الأشخاص المُدهشين ليتم تضمينهم هنا، وقد كان من ضمنهم (صدام حسين، جوزيف ستالين، ليندي انجلند)، إلا أننا لم نتمكن من تضمينهم وإدراجهم بسبب المساحة ومحدودية المعلومات المتوافرة عن حياتهم. مع ذلك، فقد أثرت هذه الاقتراحات على تطوير أفكارنا.

تحدثت إلينا (آنا ميتشنر، وهيلن تسلي-جونز، وأندريا بيتس) عن المعلومات (المادة) المتعلقة بحالاتهن، وساعدننا في الحصول على معلومات صحيحة، أما دون فلتش (Don Finch) فقد كتب عن حياته وشاركنا خبرته، في حين أن آخرين- مثل راشيل بوش (Racheal Busch) كانوا على استعداد تام ليمدوننا بما كتبوه لمصادر أخرى، إلا أن المساحة التي يُمكننا استخدامها من الكتاب –للأسف- محدودة. ولا بد أن نشير أن البعض الآخر قد سمح لنا بإخفاء أحداث تتعلق بحياتهم من الحالات المتعلقة بهم .. ولكل مَن سبق نقول شكراً.

- قرأ مسوّدة هذا الكتاب طلبتنا وأصدقاؤنا وعائلاتنا. لقد قرأ الكتاب العديد من الطلبة،

لكننا لا نستطيع ذكرهم جميعاً بالاسم (أكثر من 150 طالباً) رغم أن تعليقاتهم الدقيقة والمُشجعة تُقَدَّر ولا تُنسى. لقد ساعدني (جامي آتن (Jamie Aten)، وريك بيستي (Rick Bessetti)، وكارول بولاند(Carol Bolland)، وليزا بريا (Lisa Bria)، وماري بوشنان (Mary Buchanan)، وراشيل بوش (Rachael Bush)، وهوب كروس (Hope cross)، وديفد دي لا اسلا (David De La Isla)، وكيرنغ اسبوستو (CaringEsposito) ودون فنتش (Don Finch)، وكاثي فليسنر (Cathy Fleissner)، ومارت رودريقوز هينز (Marite;Redriguez Haynes)، ولادونا هومان (Ladna Hohman)، ودبي جونز(Debi Jones)، ودب كوسمان (Deb Kossman)، وديانا كونسلمان (Diana Kunselman)، وجولي لوك(Julie Locke) وكاري ميتشينو (Carrie Michieau)، وكاسندرا مرفي (Kasundrah Murphy) ونيك نو (Neik –no)، وآمي بينتز (Ame Pentz)، واليسون بوتر (Allison Potter)، وساندي بوتر (Sandy Potter)، وراندي بوتر (Randy Potter)، وخالد قرشي (Kahlid Qureshi)، وجين رمزي (Jean Rumsey)، وديف ستشوتر (Dave schlueter)، وبي سلاتري (Bea Slattery)، ولوري سيندر (Laurie Snyder)، وداني ودينج (Danny Wedding)، وجولين ويزنر (Jolene Wiesner)، وكريستين وبروس ويلهلم (Kristine and Bruce Wilhelm))، بطرق معينة، وأسهموا بتعليقات وبأفكار مدروسة حول جزء أو أكثر من هذا الكتاب.

نقدر محررينا في (Cengage, Marquita Flemming and Seth Dobrin) الذين أثروا على فكرة هذا الكتاب وعززوا نموه واتجاهه، وساعدونا كثيراً حين طلبنا منهم تمديد الموعد النهائي قليلاً. لقد كانوا مساعدين جداً من خلال عصفهم الذهني، كانوا متعاونين أيضاً حين كنا نرفض أسلوب تناول بعض الأمور، وكانوا مشجعين لنا، وواثقين بعملنا وبالذات حين راودنا الشك باتجاه سيرنا.

الجزء الأول 1

التعاطف وخبراء الصحة النفسية: مقدمة
Empathy and the Mental Health Professional: An Introduction

نحن نعتقد أن التعاطف هو الأساس لكل التغيير العلاجي الفاعل، ونعرّف التعاطف على أنه الفهم المعرفي والفاعل لخبرة الفرد من وجهة نظره الخاصة. ويتضمن التعاطف الفاعل أن يكون الفرد مقبولاً ومتأملاً ومدركاً للمشكلات والأعراض في نفس الوقت. سنقدم في بداية هذا الفصل أنموذجنا لبناء التعاطف. حيث يعتمد بناء التعاطف على وجود إطار قوي أولاً يتم من خلاله فهم الناس، ومن ثم تطوير مهارات التقييم التي تقود إلى فهم تعاطفي للمرضى (المسترشدين). ويُمكّن هذا الإطار القوي للفهم والاستراتيجيات المستخدمة في تطبيقه الأطباءّ الإكلينيكيين من بناء علاقات علاجية تعمل على تسهيل التغيير الإيجابي والتعبير عن فهمهم التعاطفي بشكل جيد. ويُعد هذا الأنموذج الموضوع الذي يوحد أجزاء هذا الكتاب، حيث سنناقش في الجزء الأول المهن المختلفة التي تختص بالصحة العقلية، والتي يوحدها اعتقاد سائد مفاده أن الشفاء والنمو يحدثان بسهولة أكثر في سياق العلاقة التي تُمكّن الفرد من الإصغاء إلى الآخر بتعاطف.

الفصل الأول 1

التعاطف EMPATHY

إلى أين نتجه؟

1. ما هو التعاطف؟ لماذا يعتبر كل جزء من هذا التعريف مهماً؟
2. ما هي "العوامل المشتركة"؟ ما هي آثارها على مجالات الإرشاد والعلاج النفسي؟
3. كيف يفكر الأطباء الإكلينيكيون بشأن ما يفعلونه أثناء العلاج؟ ماذا يعتقدون أنهم يفعلون؟
4. ما هو أنموذج بناء التعاطف الذي يتضمنه هذا الكتاب؟

الطريق إلى التعاطف The Path to Empathy

لماذا أغرقت المرأة المتدينة أندريا ييتس (Andrea Yates) أطفالها الخمسة بطريقة منظمة ثم استدعت الشرطة؟ لماذا يستدين الناس وهم لا يستطيعون سداد ديونهم ؟ لماذا يركز بعض الآباء على أبنائهم بشكل كبير بينما يهملهم البعض الآخر؟ لماذا يجرح بعض الناس أنفسهم عمداً، أو يجبرونها على التقيؤ، أو يرفضون الخروج من بيوتهم، أو يسيئون لأطفالهم، أو ينخرطون بسلوكات تعرضهم الخطر؟ غالباً ما يشعر الناس الذين ينضمون إلى الإرشاد والعلاج أنهم معتوهون (متخلفون) وخارج فهم الآخرين وفهم أنفسهم. إنهم يطمحون إلى علاقات مستقرة، إلا أنهم يجدون ذاتهم في متاهة من الحب والكره والغضب، وهم أيضاً يشمئزون من فكرة جرح أنفسهم وتقيئهم المتعمد لكنهم يواصلون هذا النمط. إن الفشل في التعاطف ونفاذ البصيرة (مع أنفسهم ومع الآخرين) يُشعِرُ المرضى بالوحدة والعزلة.

وصف كارل روجرز (Rogers, 1980)، فترة الفوضى في حياته قائلاً: "لقد كنت محظوظاً أكثر من الآخرين في إيجاد ... أشخاص استطاعوا الاستماع لي، وبالتالي إنقاذي من فوضى مشاعري" (p.12) . إن المشاعر التي يتم الإستماع إليها تساعد على إنقاذنا. ويتخلل مفهوم التعاطف هذا الكتاب بما أننا نعتقد أن وجوده عام وشائع لجميع المواجهات العلاجية الفاعلة. ويُمكن أن يساعد هذا الكتاب جميع الأطباء الإكلينيكين على الاستماع بشكل جيد إلى مرضاهم وإيجاد جوّ يُمكن أن يحدث فيه التغيير.

هل أحببت أطفالك ؟ Did You Love Your Children?

أندريا ييتس (Andrea Yates)

أندريا ييتس (Andrea Yates) إمرأة تبلغ من العمر (36 عاماً)، لها خمسة أطفال: أربعة من الذكور وابنة واحدة يقل عمرها عن ثمان سنوات. في العشرين من حزيران عام (2001) أغرقت أندريا أطفالها الخمسة دفعة واحدة في حوض الاستحمام. النص التالي هو صورة طبق الأصل من مقابلتها مع الدكتور فيليب رسنك (Dr. Phillip Resnick) عندما كانت تقيم في سجن هاريس كاونتي (Harris County)، ويظهر من النص أن أندريا قد وصفت نفسها في بداية المقابلة على أنها "أم سيئة" لأن أولادها "لم يتربوا بطريقة سليمة دينياً وأكاديمياً".

هنا تصف أندريا ما تعنيه بذلك:

د. فيليب رسنك: ذكرت قولاً مأثوراً عن حجر المرضى، هلاّ قلت ما ذلك؟ هل بإمكانك ذكر هذا مرة أخرى؟

أندريا ييتس: من الافضل أن تربط حجراً حول عنقك وتلقي نفسك في البحر..... من أن تتسبب في.... أن تتسبب في تعثر شخص ما.

رسنك: اسمحي لي أن أتأكد من أنني قد فهمت. "من الأفضل ربط حجر حول عنقك وإلقاء نفسك في البحر" بدلاً من القيام بماذا؟

ييتس: أن تتسبب في تعثر شخص ما ... تعثر

رسنك: أن تتسبب في تعثر شخص ما. حسناً، آه، وعندما تقولين "تعثر"، فأنت تعنين أنه، كَمَن يسير على طريق الصواب.

ييتس: نعم.

رسنك: وهكذا كنت تعتقدين أن أولادك الخمسة بطريقة أو بأخرى بسبب ما اعتبرته منك كأمومة معيبة لم يكونوا على طريق الصواب وكانوا يتعثرون. (أممم) وهل تشعرين بعد ذلك أنه كان أمراً جيداً أم سيئاً لهم إذا كنت في حقيقة الأمر قد رميتهم في البحر –أو حوض الاستحمام- بالمعنى الحقيقي؟ ما الذي كنت تهدفين إلى تحقيقه بعد ذلك عندما سلبت أولادك حياتهم؟

ييتس: ستكون من سنوات عمرهم البريئة .....الله سيأخذهم.

رسنك: ستكون من سنوات عمرهم البريئة والله سيأخذهم؟ هل هذا ما قلته؟

ييتس: يكون معهم .آه آه

رسنك: والله سيأخذهم ليكونوا معه في الجنة، هل هذا ما تقصدين؟ حسناً. ماذا تعتقدين أنه كان سيحدث لهم لو أنك لم تنهي حياتهم؟

ييتس: أتوقع أن يستمروا بالتعثر.

رسنك: وكيف ستكون نهايتهم؟

ييتس: الجحيم (اعترافات أندريا ييتس، 2001)

- قبل الاستمرار بالقراءة فَكّر بأندريا ييتس. كيف تصف معتقداتها عن العالم ودورها فيه؟ ما الذي يدفعها إلى ويحفزها؟
- كيف سترد على ما قالته مع الأخذ بعين الاعتبار هذا الفهم لمعتقداتها؟

ما هو التعاطف؟ What is Empathy?

> ما هو الطحلب؟ النبات الذي لم تكتشف مزاياه لغاية الآن. (Ralph waldo Emerson)

قد يكون من الصعب تبني وجهة نظر شخص آخر، خاصة إذا كانت أهدافه وقيمه ومعتقداته تختلف بشكل ملحوظ عما تمتلكه من أهداف وقيم ومعتقدات، لكن بعض الأشخاص أفضل من غيرهم. وبالرغم من أن الناس يختلفون في تعاطفهم، إلا أن التعاطف ليس سمة أو ميزة موروثة. في الواقع، يُعتبر التعاطف مجموعة من ردود الأفعال المعرفية والعاطفية الفعالة التي قد تتطور مع الوقت.

وووصف التعاطف بهذه الطريقة يساعد في التعرف على طرق لتطويره بشكل أكثر. يتكون التعاطف من أربعة عناصر، هي: الفهم، والقبول، والأمل، والتواصل. إضافة إلى أن التعاطف لا يصبح فاعلاً إلا إذا شارك به الطبيب الإكلينيكي مع مرضاه، وأدركه المرضى أيضاً.

الفهم (Understanding)

> أنا لا أسأل كيف يشعر الشخص الجريح، وببساطة أصبحت الشخص الجريح
> Winston (Churchil)

ينزع الأشخاص إلى إدراك ورؤية الآخرين الذين يعرفونهم أو يحبونهم بطرق مفضلة، مدركين الأفضل فيما يفعلونه. إنهم يرون مشكلاتهم وأخطائهم كسمات آنية (مؤقتة) أو غريبة، أو ربما ترجع إلى المواقف بدلاً من أفعالهم الخاصة. من جهة أخرى، غالباً ما يتخذ عزو صفات لأشخاص غير معروفين أو غير مرغوبين شكل السمات: أولئك الأشخاص كسالى وغير مهذبين وليس لهم أي اعتبار (Gilbert&Malone, 1995; E. E. Jones, 1979). يبدو سلوكهم غير منطقي، وبدون دافعية، وبدون معنى. وعلى أية حال، فإن هؤلاء الأشخاص وسلوكهم له معنى عندما ينظر اليه في ضوء معتقداتهم وقيمهم وأهدافهم الخاصة. على الرغم من أن الأطباء الإكلينيكيين قد لا يتفقون مع سلوك مرضاهم أحياناً لأنهم يدركون أن لديهم خيارات أخرى إلا أنهم يستطيعون البدء بتفهم ذلك.

في الحقيقة نحن نتسائل كمؤلفين فيما إذا كان أي سلوك "عرضي" بلا غرض أو بلا معنى. قد تحدث سلوكات إيذاء الذات أو نوبات الغضب أو الهلع أو الأفعال العدوانية دون أي سبب وبشكل غير متوقع، لكننا نفترض أن هذه السلوكات التي لا معنى لها بوضوح مُحَفَّزة ومدفوعة بواسطة عوامل خارج الوعي- الآلام الجسدية أو الانفعالية، والإعياء، والمعتقدات الموقفية، والشعور بالإرهاق، وغيرها. إن إدراك هذه الاسباب يزيد من التعاطف، ويسهل العلاقات العلاجية، ويمكن أن يساعد الفرد غالباً على تطوير تدخلات فاعلة.

عندما لا يبدو المرضى مفهومون من وجهة نظرهم الخاصة، وعندما يشعرون بالإهانة أو الرفض، فإنهم أقل احتمالاً وأقل عرضة للكشف عن أنفسهم، أو البقاء في العلاج، أو العمل فيه بشكل جماعي وتعاوني. عندما يكون الأطباء الإكلينيكيون قادرين على سماع المرضى من خلال وجهة نظرهم — وجهة نظر المرضى- الخاصة فإن عملهم يصبح أكثر نجاحاً. يحتاج الأطباء الإكلينيكيين إلى سماع وجهات نظر المرضى العالمية، وإلى إدراك اهتماماتهم ومشاكلهم، و-بشكل هام- إلى سماع نقاط قوتهم.

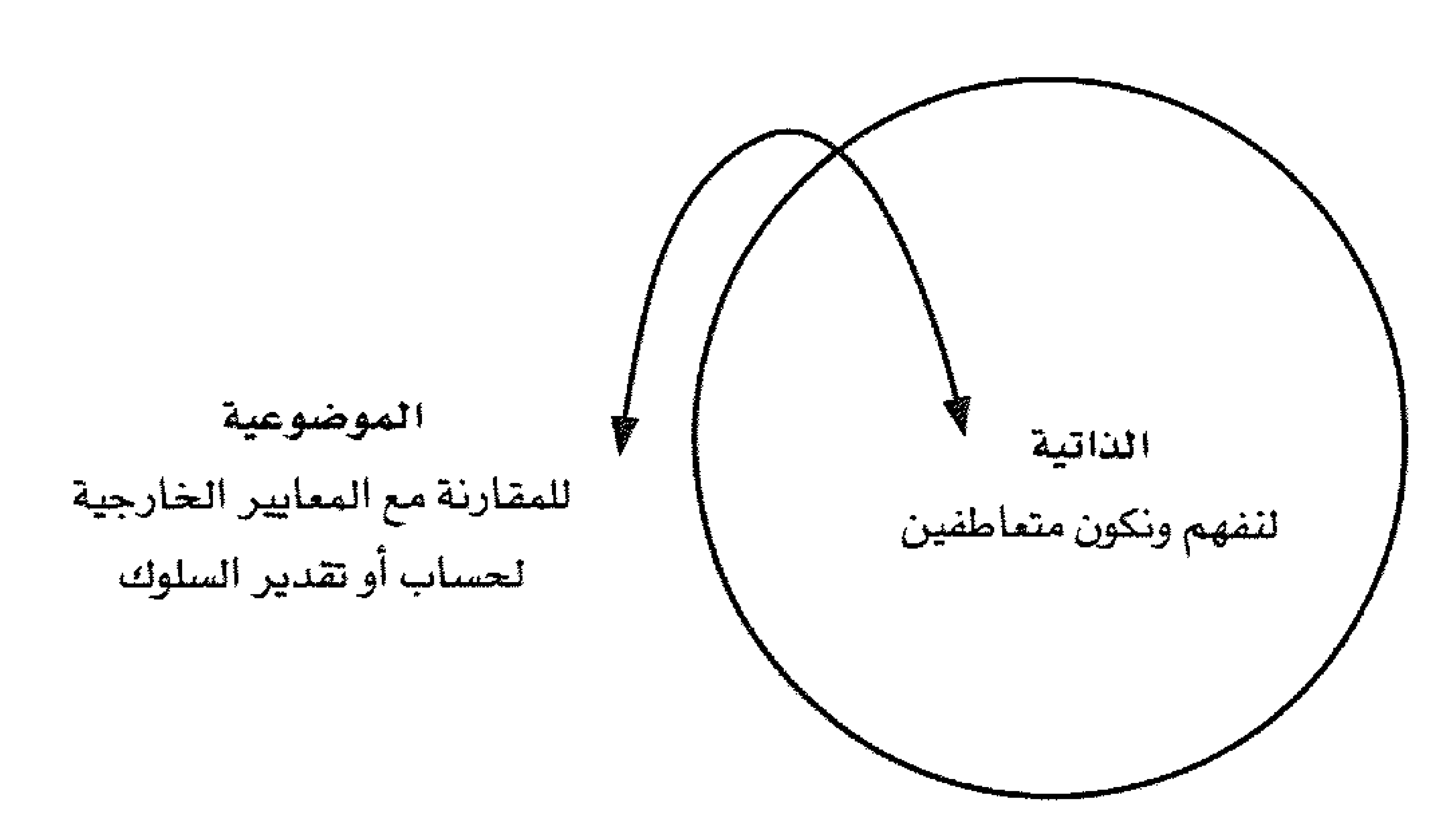
أحد الجوانب الأساسية للتعاطف هو إدراك أن الناس المختلفين غالباً ما يرون نفس الموقف بشكل مختلف (إدراك الموقف وتفاوت فهمه من شخص لآخر). وكما سنناقش في الفصل الثالث، فإن

معتقدات وأهداف وقيم الأشخاص هي التي تبني خبراتهم عن العالم. وتتأثر وجهات النظر العالمية هذه بالسياق، والثقافة، والمجتمع، والعائلة، لكنها تؤثر بدورها على الكيفية التي يتم بها إدراك السياق والثقافة والمجتمع والعائلة (Rigazio-DiGilio, Ivey, Kunker-Peck, & Grady, 2005).

يشبه التعاطف السير بحذاء شخص آخر –أي أنك تواجه العالم كما يفعل ذلك الشخص– ويعتمد على فهم عالم الفرد الداخلي المتفرد؛ العاطفي والمعرفي. وحتى تكون متعاطفاً عليك أن تكون واعياً لوجهات النظر المختلفة عن العالم، وأن تكون على استعداد لتقبل وجهات نظر أخرى. فعلى سبيل المثال، عندما يموت شخص ما فإن العائلة والأصدقاء قد يحزنون، أو قد يشعرون بشيء من الارتياح، أو قد يشعرون بالذنب أو اليأس أو الوحدة، أو قد يحسون بالهدوء والسلام. قد يملك الفرد العديد من المشاعر المتناقضة بوضوح، وذلك استجابة لحدث واحد؛ كالحزن العميق، أو الشعور بالراحة، أو الشعور بالذنب تجاه الشعور بالراحة.

إن هذه القدرة على فهم خبرات الآخر تُبنى من خلال تطوير حب الاستطلاع عن الناس وكيفية رؤيتهم للعالم، ومن خلال إدراك وجود وجهات نظر متعددة والاطلاع عليها (مثلاً عن طريق السفر، وقراءة المذكرات والخيال السيكولوجي، ومقابلة الناس من مختلف الفئات الثقافية والاستماع إليهم، ومشاهدة أفلام عالمية، وتناول الطعام والاستماع إلى الموسيقى خارج نطاقه الطبيعي). والتعرف على الأمور ليس كافٍ، بل يجب أن يكون جنباً إلى جنب مع الرغبة في وقف إصدار الأحكام؛ وذلك من أجل الاستماع لشخصٍ آخر. في الحالة المرضية القادمة يصف إيرفان يالوم (Irvin Yalom) كلاً من الصعوبة في تغيير وجهات النظر وأهمية القيام بذلك.

يُعد هذا الفهم ذاتياً وموضوعياً بطبيعته. اقترح ماي (May, 1967) أن العمل الإكلينيكي الفعال يعتمد على القدرة على الأخذ بوجهة نظر المريض مع بقاء الموضوعية حول وجهة النظر العالمية وتلك الأعراض المصاحبة والمشكلات ونقاط القوة. (انظر الشكل 1.1). يُمكن للمرشدين الفاعلين



شكل 1.1: التوازن المطلوب خلال عملية الإرشاد وعند إجراء التقييم: لتكون ذاتياً وموضوعياً في نفس الوقت.

الاندماج مع خبرات الناس الانتحاريين للتعاطف مع مشاعرهم الاكتئابية، وفي نفس الوقت عَرض تلك الخبرات بموضوعية من الخارج والبقاء على وعي بشدة وبطبيعة اكتئابهم وبخطورة فكرهم الانتحاري، وأيضاً البقاء على وعي بالتوافق والتطابق ما بين الضغوطات وردود أفعالهم. بهذه الطريقة، فإن التعاطف يشبه السير بحذاء شخص آخر، رغم أن الأطباء الإكلينيكيين يحتفظون بقدرتهم خارج ذلك الحذاء لتبني وجهة نظر خارجية. التعاطف والموضوعية ركنان أساسيان متساويان في الأهمية لكنّ كثيراً من الأطباء الإكلينيكين يواجهون صعوبة في أن يكونوا متعاطفين وموضوعيين في آن واحد. ومع ذلك، يُعزز ويتبنى الأطباء الإكلينيكيون الفعّالون كلا الاتجاهين في عملهم.

غذاء للفكر Food for Thought

دعنا نَعد إلى أندريا ييتس. تخيل أن ييتس أُحيلت من المحكمة إلى المعالجة معك بعد غرق أولادها. كيف يمكن تطبيق هذه الأفكار هنا؟

- فكر في وصفك الأولي للسيدة ييتس. هل أحببتها؟ هل كنت متعاطفاً مع أفعالها؟ هل لسلوكها معنى؟ هل كان رد فعلك الأولي أكثر موضوعية أم أكثر ذاتية- أم أنك كنت قادراً على تحقيق التوازن بين كلٍ من وجهتي النظر؟
- من هي؟ لماذا فعلت ما فعلته من وجهة نظرها؟ ما هي الأهداف والقيم والمشاعر التي حركت سلوكها؟ كيف تصف دَافعها؟
- كيف تُغيرّ وجهة النظر الجديدة هذه طريقة تواصلك معها؟ كيف تستجيب ييتس بشكل مختلف إلىطريقتك المستندة على وجهة نظرك الأصلية ووجهة النظر الجديدة هذه؟

النظر من نافذته Looking Out His Window

ايرفن يالوم (Irvin Yalom)

ولد ايرفن يالوم عام (1931) من عائلة يهودية روسية، هاجرَت إلى الولايات المتحدة الامريكية. ورغم أن ايرفن نما وترعرع في الأحياء اليهودية في واشنطن، إلا أنه عاش وعملَ معظم حياته في كاليفورنيا، وهو طبيب نفسي يشتهر بكتاباته عن العلاج النفسي الوجودي وطرق العلاج الجمعي. وأحد المواضيع التي قام بتطويرها في كل مجال من هذه المجالات المختلفة ظاهرياً هو مساعدة الناس على الاستماع والتواصل بشكل حقيقي رغم اختلافاتهم الوجودية. وقد وضح ذلك كمايلي:

منذ عقود مضت رأيت مريضة تعاني من سرطان الثدي، ظلت تخوض في فترة المراهقة معاناة طويلة مريرة مع والدها الذي كان يعترض على كل شيء. كانت تتوق وترنو إلى بعض أشكال المصالحة، إلى بداية جديدة للعلاقة بينهما، وتطلعت إلى أن يأخذها بسيارته إلى الكلية التي تدرس فيها، حيث الوقت الذي يمكن لها أن تجلس لوحدها معه عدة ساعات. لكن الرحلة التي طال انتظارها أظهرت وجود كارثة. تصرف والدها كعادته بالتذمر مطولاً بشأن القمامة القذرة التي ملأت جدول الماء على جانب الطريق. من جهة أخرى، هي لم ترَ (تشاهد) تناثر أي قمامة على الإطلاق في الجدول الريفي والجميل غير الملوث. لم تستطع إيجاد أي طريقة للرد، وفي نهاية المطاف غرقا في صمت عميق، وقضيا ما تبقى من الرحلة بالنظر بعيداً عن بعضهما.

كررت الرحلة نفسها لوحدها بعد ذلك، لكنها ذُهلت عندما لاحظت وجود جدولين من الماء على جانبي الطريق، وقالت: "كنت أنا مَن يقود السيارة في هذا الوقت"، وأضافت بحزن: "والجدول الذي رأيته من نافذة السيارة عندما كنت أقودها كان ملوثاً وقذراً كما وصفه والدي". ولكن الوقت الذي تعلمت فيه أن تنظر من نافذة والدها كان متأخراً؛ لقد مات والدها ودفن.

بقيت تلك القصة معي، وفي مناسبات عده ذَكَّرت نفسي وطلابي بها: "انظر من نافذة الآخر، حاول أن ترى العالم كما يراه مريضك". المرأة التي سردت لي هذه القصة ماتت مؤخراً بسبب سرطان الثدي. يؤسفني أنني لم أستطع إخبارها كيف كانت قصتها مفيدة لي ولطلابي وللعديد من المرضى على مرّ السنين (Yalom, 2003, pp. 17-18 italics in original).

1. هل لديك تجربة (خبرة) تتعلق بالنظر من "نافذة" مختلفة جداً عن نافذة شخص آخر؟ كيف كان رد واستجابة كل واحد منكما؟ هل ساعد رد فعلك العلاقة أم تداخل معها؟

2. ماذا عمل كل منكما ليشير إلى هذا الإخفاق في الفهم؟

القبول (Acceptance)

لا يُمكننا تغيير أي شيء حتى نتقبله. الإدانة لا تُحرر بل تضطهد
CARL G. Jung

يخضع كثير من الناس للعلاج النفسي بسبب حدث يستدعي الخزي والحياء (على سبيل المثال التعرض للأذى أو للاغتصاب أو الضرب، أو ارتكاب جريمة ما، أو التشكيك بهويتهم الجنسية). وليكون الأطباء الإكلينيكيون متعاطفين عليهم أن يكونوا متقبلين ومقدمين للتقدير الإيجابي غير المشروط (C. Rogers, 1957/1992). القبول ليس مجرد منع للأعمال أو الانتقاد، **بل إن هذا** النوع من القبول يعني الاستماع إلى الشخص دون انتقاد أو حكم كامن في النفس.

لا يحتاج الأطباء الإكلينيكيون الى قبول كل شيء يقوله أو يفعله المريض، لكن يتوجب عليهم إيجاد طرق لتقبل المريض كشخص. الحكم على المرضى يُمكن أن يؤثر ويثبت مخاوفهم من كونهم غير مقبولين أو مخجلين، بينما الاستماع إليهم بالقول يُمكن أن يُوصل لهم أنهم مقبولون، ويطلقهم نحو التغيير. في معظم الأوقات يكون تقبل الآخرين بالقول أسهل من الفعل. إن أخذ الوقت الكافي لاكتشاف أشياء محببة تتعلق بالآخرين وإدراك أن سلوكهم له معنى بالنسبة لهم، وتوضيح وجهة نظرهم العالمية يُمكن أن يكون مفيداً (May, 1967). ويُعد القبول والفهم صفتان مرتبطتان، فالفهم يعزز القبول.

الأمل (Hopefulness)

> يجب أن نتقبل خيبة الأمل المحدودة، لكن لا نخسر الأمل اللانهائي أبداً
> Martin Luther King, Jr.

تتطلب الاستجابة المتعاطفة أيضاً وجود الأمل بشأن المرضى ومستقبلهم. ربما يتفهم ويتقبل الأطباء الأكلينيكيون مرضاهم في معظم الأوقات، لكن لا يرون إمكانيةً للتحسن. يستطيع المرشد أن يتفهم ويتقبل ألم الأب وسلوكه الانتحاري بعد وفاة طفله، لكن المرشد الفعال سيرى ألم الأب على أنه قابل للتغيير. يبنى الأمل- من قبل الأب والمرشد- من خلال إدراك تناقض الأب حول جوهر عملية الانتحار باختياره الكشف عنها بدلاً من إخفائها، وبتذكر أن هناك أوقاتاً سيئة وأخرى حسنة، وبالاعتراف بالجوانب الصحية لرد فعله. (مثل: قدرته على التواصل والارتباط مع ابنه بما فيه الكفاية ليعرف عن حزنه، ومع المرشد للكشف عن هذه المشاعر). وهذا الأمل يُمكن أن يشجع المرضى ويساعدهم على إدراك قدرتهم على التغيير.

الأمل ليس تفاؤل مفرطين، بل إنه يتضمن الوعي الحقيقيي بكل من المشكلات التي يواجهها المريض وإمكانية أن تكون الأمور مختلفة. يُمكن أن يُبنى الأمل عبر تحديد العوامل الموقفية المتعلقة بالمواقف والأوضاع وتقلبات الزمن المرتبطة بفترات التحسن. بشكل مشابه، يُمكن أن ينبثق الأمل من خلال العمل مع أناس لديهم مشكلات مماثلة، أو من خلال امتلاك المعرفة بمؤشرات ودلائل تحقيق المخرجات (النتائج) الناجحة للأشخاص الذين يعانون من قضايا ومشكلات مشابهة.

التواصل (Communication)

غالباً ما يتوقع المرضى الذين يدخلون مرحلة العلاج ردود أفعال سلبية عندما يكشفون عن مخاوفهم. وفي ضوء تلك المشاعر الخاصة من الخجل -ما لم يتشارك الطبيب الإكلينكي مع المرضى بتفهمه وتقبله وإشاعة الأمل لديهم بشكل لفظي أو غير لفظي —فإن المرضى قد يتوقعون أطباءهم الإكلينيكيين سينظرون لهم على أنهم مُخجلون، وسيئون، وغير قادرين على التغيير. إن الباحث الاجتماعي الذي يعمل مع زوجين اكتشفا للتو أنهما لن يتمكنا من إجراء محاولة أخرى للإخصاب المخبري، على

سبيل المثال، يحتاج إلى التعبير عن اعترافه التعاطفي الجاد بمشاعرهم المختلطة من الألم، والندم، والارتباك، والراحة. من الضروري أن يكون تعاطف الباحث الاجتماعي مُشتركاً بشكل لفظي وغير لفظي. وهذه الاتصالات اللفظية وغير اللفظية لا بد أن تتطابق وتنسجم مع بعضها. إضافة إلى ذلك، يجب على المرضى أن يدركوا هذا الفهم. في الحقيقة، تُعد تقييمات المرضى للتعاطف أفضل المؤشرات على قوة العلاقة (تطابق الاتصالات الفظية وغير اللفظية) (D.Y. Lee, Uhlemann, & Haase, 1985).

يُدرك كثير من الأشخاص الذين يدخلون في مجال الإرشاد أنفسهم كأشخاص "لطفاء" ويرغبون بمساعدة الآخرين. وغالباً ما يعتقدون أن معنى أن تكون لطيفاً هو الامتناع عن، وحجب البيانات حول الجوانب والسمات العميقة المتعلقة بالشخص؛ وعلى أية حال، سيتوصل بعض المرضى إلى استنتاجات غير دقيقة بشأن معنى السلوكات الغامضة أو غير المكشوفة مستخلصين استنتاجات متسقة مع ما يعتقدونه بالفعل.

يحتاج العمل في الإرشاد والعلاج النفسي إلى الحزم. قد يتصرف الأطباء الإكلينيكيون بطريقة غير حازمة (لينة) لأنه لم يكن لديهم أبداً أنموذجٌ حازمٌ فعال، أو لأنهم تعلموا أن تأكيد الذات بين الجنسين غير مناسب لهم، أو لأنهم خلطوا بين الحزم والعدوان. ويعتبر الحزم أمراً مناسباً رغم أنه يحترم الشخص الآخر، ورغم أن ردود الأفعال (الاستجابات) الحازمة صادقة، إلا أنها أيضاً تأخذ بالحسبان وجهة نظر الفرد العالمية، ومرحلة العلاج، والعوامل المباشرة؛ كالألم الجسدي أو التعب. إن الأطباء الإكلينيكيين الفاعلين قادرون على فرز (تصنيف) الحالة لتحديد ما ينبغي معالجته ومواجهته في لحظة معينة من الوقت. فعلى سبيل المثال، قد يُعاني مريض جديد من مشاكل "والدية"، ومنخرط في علاقة مؤذية عاطفياً، ويشعر بالانتحارية بحدة في علاقة أسيء له فيها عاطفياً مما أدى إلى نشوء نزعة الانتحار. ويُدرك الأطباء الإكلينيكيين كل مشكلة من هذه المشاكل، لكنهم يستجيبون إلى مشكلة الانتحار أولاً، ويعالجون القضايا الأخرى عندما يغدو المريض أكثر استقراراً. (G.K. Brown, Jeglic, Henriques, & Beck, 2006).

يعتقد العاملون غالباً في بعض المجالات، خاصة مجال قضايا الأحداث وإساءة استخدام المواد المخدرة، أنّ الإستجابات العدوانية ضرورية وعلاجية. من جهة أخرى، أثبت البحث حول طرق المواجهة العدوانية أنها غير فاعلة في تغيير إساءة استخدام المواد المخدرة أو الأنواع الأخرى من السلوك؛ ذلك أن الناس يستجيبون بشكل أفضل للطرق الأقل مواجهة (Beutler, Rocco, Moleiro, & Talebi, 2001; Karo & Longabaugh, 2005). إن الاستجابات العدوانية تُخفق في تعاطفها أو في التوقيت، ولذلك فهي في النهاية أقل فاعلية واحتراماً بشكل ملحوظ.

غذاء للفكر Food for Thought

بالرجوع إلى وجهات نظرك حول أندريا بيتس:

- ماذا يمكن أن تقول للسيدة (بيتس) حتى تعبر عن فهمك التعاطفي دون فقدان السياق (المحتوى) المهم (أي أن غرق أولادها كان خطأً كبيراً)؟
- كيف تلتقي ردود أفعالك (استجاباتك) مع المعايير الأربعة للتعاطف (الفهم والقبول والأمل والاتصال)؟ إذا اصطدمت بواحدة أو أكثر من هذه الخصائص، فما الذي يُمكنك القيام به لتطويرها أكثر؟
- أي استجابة من استجاباتك الثلاث ستجذب السيدة بيتس بشكل أفضل مما يجعلها مستعدة للعمل في العلاج عن طيب خاطر؟

العوامل المشتركة The Common Factors

> في بداية عملي كطبيب اكتشفت مجرد الإنصات لمريضي باهتمام شديد كان طريقة هامة للمساعدة. لذا عندما كنت في شك بما يجب علي أن أفعله بطريقة نشطة فقد استمعت. بدا لي مفاجئاً أن أمثل لهذا النوع من التفاعل السلبي يُمكن أن يكون مفيداً للغاية.
> Carl Rogers, 1980, P. 137

يتحسن كثير من المرضى نتيجة للعلاج النفسي والإرشادي. وقد انتهى ملخصٌ للأدب إلى أن (75% تقريباً) من المرضى الذين تم تشخيص معظم حالاتهم المرضية (ما عدا أولئك الذين شخصت حالاتهم بالاضطراب ثنائي الأقطاب أو انفصام الشخصية) قد تحسنوا. من ناحية ثانية، فإن معدل التغير يختلف. يتغير الأشخاص الذين يعانون من بعض الاضطرابات (مثل: الرهاب، والفزع) بشكل أسرع من الذين يعانون من اضطرابات أخرى (مثل: اضطراب الوسواس القهري) (Lamber & Archer, 2006).

في استطلاع تقارير المُستهلك (Consumer Reports Survey) حول الأشخاص الذين كانوا قد شاهدوا الطبيب النفسي أو الباحث الاجتماعي أو المعالج الأسري والزواجي، لاحظ إم. إي. بي. سيلجمان (M. E. P. Silgman, 1995) فروقاً منضبطة في فاعلية العلاج مع علماء النفس والأطباء النفسيين والباحثين الاجتماعيين على نفس القدر من الفاعلية، وكُلٌ أفضل من مستشاري الإرشاد الزواجي والمعالجة الطبية طويلة الأمد عن طريق أطباء الأسرة (جدول 1.1). ويميل الممارسون من مختلف المجالات إلى العمل مع أصناف مختلفة من الأفراد والمشكلات، لذا فإن الفروقات بين هذه المجالات صعبة التفسير. ومع هذا، يبدو العلاج النفسي عند علاج الاكتئاب مساوٍ في الفعالية والتأثير لمضادات الاكتئاب بالنسبة تقريباً لحالات

الاكتئاب الأكثر حدة (Lamber & Archer, 2006). ويذهب التحليل حديث إلى أبعد من ذلك، إذ يفيد أنه عندما تؤخذ كلتا البيانات المنشورة وغير المنشورة بعين الاعتبار، فإن مضادات الاكتئاب ليست أكثر فاعلية من المهدئات، على الأقل بالنسبة لحالات الاكتئاب البسيط إلى المتوسط (Kirsch et al., 2008). استنتج لامبرت وآرشير (Lambert & Archer) أن:

> التدخلات السيكولوجية وُجِدَت لكي تكون مساوية أو تفوق تأثيرات الدواء المخصص لعلاج الاضطرابات السيكولوجية، ويجب أن تقدم قبل الأدوية (ما عدا مع المرضى المضطربين بشدة جداً)؛ لأنها أقل خطورة وأقل تدخلاً ... ويجب أن تُقدَم على أقل تقدير بالإضافة إلى الدواء لأنها تقلل من إمكانية الانتكاس عندما يتم سحب الادوية. (p. 115).

جدول 1.1

الوظائف العادية ومكانها والدرجات العلمية لمتخصصي الصحة النفسية

الوضع الوظيفي	الشهادة العلمية	الوظائف العادية
أخصائي إكلينيكي	دكتوراه أو دكتوراه في علم النفس	علاج الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية أو سلوكية. وثمة جزء هام من العمل قد يتضمن عمل التقييمات السيكولوجية.
أخصائي نفسي	دكتوراه أو دكتوراه في علم النفس	يساعد الأفراد أو المجموعات على استيعاب التغيير أو القيام بعمل تغييرات في أسلوب الحياة. وغالباً ما يقوم بعمل كبير مع القضايا المهنية.
المرشد	ماجستير، أو دكتوراة، أو دكتوراة في علم النفس، أو دكتوراة في التربية	يساعد الأفراد والمجموعات على استيعاب التغيير أو عمل تغييرات في أسلوب الحياة.
الأخصائي النفسي الجنائي	ماجستير، أو دكتوراة، أو دكتوراة في علم النفس، أو دكتوراة في التربية	يعمل في مكان قانوني عَمَلُ الكفاءة، الرعاية، تحديد العوامل المُخففة للحكم، وتقييم احتمالات العنف في المستقبل، وما إلى ذلك. وغالباً ما يقوم بتقديم المعالجة للناس ضمن النظام القانوني.
المرشد المدرسي	ماجستير	يساعد الطلبة بشكل عام في القضايا المهنية في المدرسة، بالإضافة إلى مساعدتهم على تطوير مهاراتهم بغية الوصول إلى الأهداف الأكاديمية والشخصية.
المعالج الأسري والزواجي	ماجستير، أو دكتوراة، أو دكتوراة في علم النفس، أو دكتوراة في التربية	يساعد الأزواج والعائلات على التواصل بشكل فاعل، حل المشكلات، وتطوير البنية الصحية.
الممرض النفسي	ممرض قانوني، أو ماجستير في علوم التمريض	يُراقب ويضبط الأدوية النفسية، ويتشاور مع المتخصصين الطبيين الآخرين، ويقوم بتقديم العلاج الفردي أو الجمعي. وغالباً ما يتواجد في الأماكن الطبية.

طبيب نفسي	ماجستير في الطب دكتور في الطب التقويمي	يركز عادةً على الأسباب البيولوجية للاضطرابات النفسية ومعالجتها باستخدام الأدوية أو العلاج بالشحنات الكهربائية
محلل نفسي	غالباً وليس دائماً ماجستير في الطب، أو دكتور في الطب التقويمي	يوظف طريقة التحليل النفسي في العلاج، ولا سيما في سياق الأسباب اللاشعورية للأعراض المُلاحَظة.
أخصائي نفسي مدرسي	ماجستير، أو دكتوراة، أو دكتوراة في علم النفس، أو دكتوراة في التربية	يعمل في المدارس لتحديد ومعالجة العوامل الانفعالية والفكرية من أجل مساعدة الطلبة على مقابلة كل إمكاناتهم. يقدم استشارات للمعلمين والطلبة وأولياء الأمور ومجلس المدرسة.
الأخصائي الاجتماعي	ماجستير في العمل الاجتماعي	على الرغم من أنه قد يقوم بتقديم العلاج الجمعي أو الأسري أو الفردي إلا أنه يميل لافتراض أن للمشكلات سبب شامل ومنهجي. ويميل إلى التركيز والاهتمام بالتدخل بالنظام والمجتمع في كثير بين الأحيان.

- قد يعمل الأفراد في المجالات الواردة أعلاه في عدة أماكن مختلفة بمهام وظيفية مختلفة.

على الرغم من أنه من الصعب المقارنة بين الطرق النظرية لأنها تنزع للعمل مع مشاكل مختلفة، ولها أهداف مختلفة، إلا أن الطرق النظرية المختلفة للمعالجة الإكلينيكية تبدو متساوية الفاعلية بشكلٍ عام تحت أكثر الظروف (Lambert & Archer ,2006). في الحقيقة، أشار روزنزونج (Rosenzweing) بحدود عام (1936) ببراعة إلى التكافؤ الأساسي لطرق العلاج، مُستنتجاً "لقد فاز الجميع، ويجب أن يتلقى الجميع جوائز (إنه يشير إلى أن كل أنواع العلاجات قد فازت، أي أنها جميعاً تحقق نتائج متكافئة ومتعادلة، مما يشير إلى أن كل العلاجات في مجال العلاج النفسي على نفس القدر من الفاعلية).

اقترح معظم الكُتاب لتفسير التكافؤ الأساسي للنماذج العلاجية أنه وعلى الرغم من أنّ التغيير قد يُعزى جزئياً إلى التدخلات العلاجية، إلا أنه -ومن شبه المؤكد- يُعزى بشكل أكبر لعوامل أخرى: منها التحالف العلاجي، أو شخصية الطبيب الإكلينيكي، أو التطابق بين المريض والطبيب الإكلينيكي، أو الفرصة للتنفيس الانفعالي، أو تلقي تفسير مقبول للمشكلة، والتي يشار إليها مجتمعة بـ (العوامل المشتركة) (Frank & Frank, 1993). يُنظر للعديد من هذه العوامل على أنها تؤثر في التعاطف (التحالف العلاجي، وشخصية الطبيب الإكلينيكي، والتطابق بين المريض والطبيب الإكلينيكي، تلقي تفسير مقبول). وقد خلص روزنزونج (Rosenzweig, 1936) إلى اقتراح لا يزال أساساً في العلاج، مفاده:

"المعالج الذي يمتلك شخصية فعّالة ويتمسك ويلتزم بشكل ثابت بمنظومة من المفاهيم التي يُتقنها و ... قد تكيّفت لمشاكل الشخصية المريضة، التي تغدو بعد ذلك وبشكل قليل نسبياً نتيجة للطريقة الخاصة التي يستخدمها المعالج". (pp. 414-415)

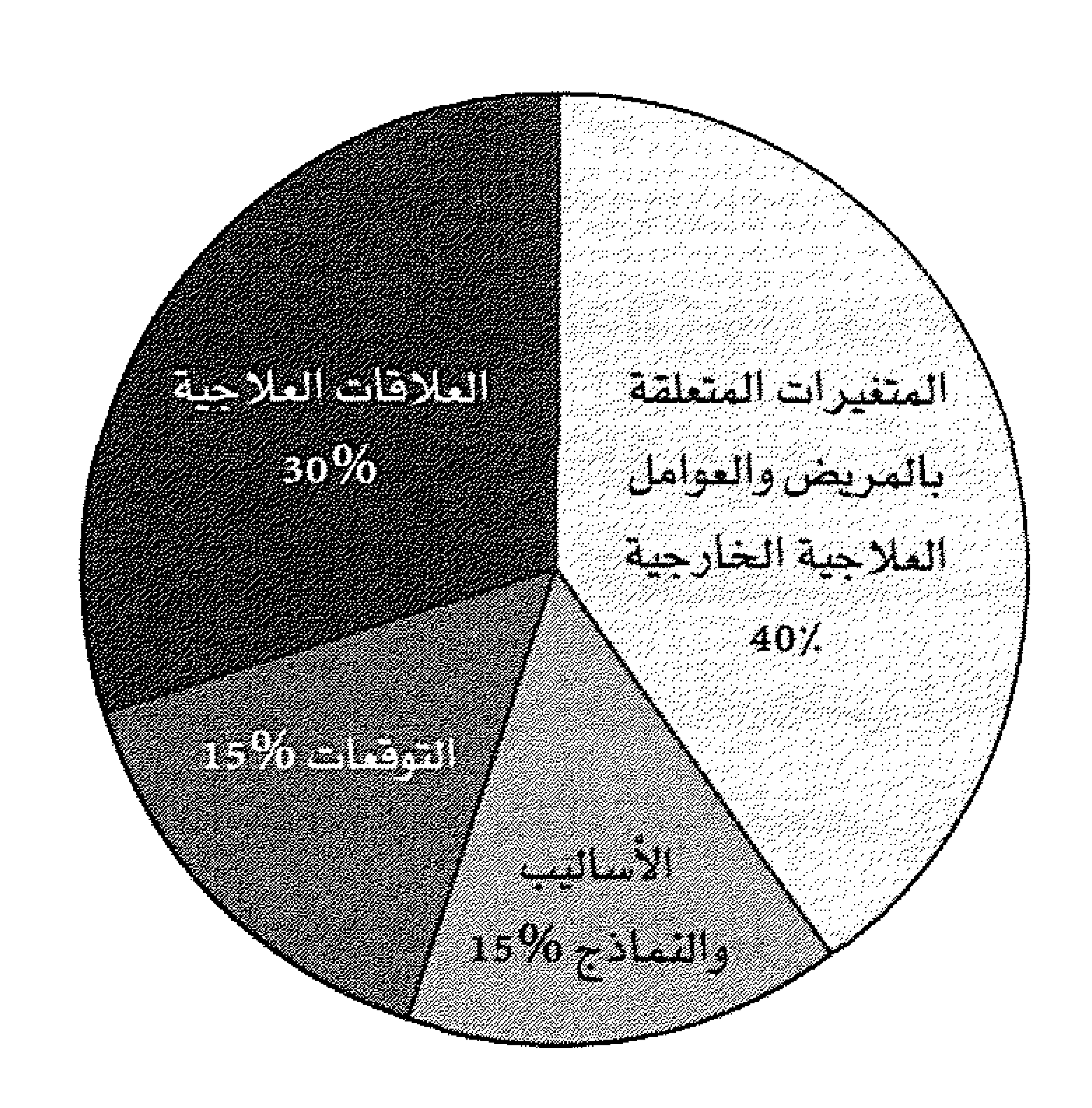
وبكلمات أخرى، لا يرجع نجاح المحللين النفسيين والمعالجين السلوكيين والمعالجين الأسريين وغيرهم إلى تدخلاتهم العلاجية الخاصة، بل إلى العوامل المشتركة التي تشترك بها جميع الطرق العلاجية.

ركز الباحثون على أربع فئات واسعة من عوامل التغيير، وتُعتبر الثلاثة الأولى منها العوامل المشتركة (Asay & Labert, 1999; Hubble, Duncan, & Miller, 1999; Lambert, 1992; Lambert & Barley ,2001).

(شكل 2.1) وتتضمن هذه الفئات:

أ. المتغيرات المتعلقة بالمريض والنشاطات العلاجية الخارجية (Client variables and extratherapeutic events) (40%): تتضمن المتغيرات المتعلقة بالمريض أنواع الأعراض وعددها، قوة الأنا، والأفق النفسي، والدافعية للتغيير. وتعد النشاطات العلاجية الخارجية في حياة المرضى (مثل: العائلة والدعم الاجتماعي، وكتب المساعدة الذاتية، والدعم الروحي) موثوقة لوصف ومراعاة أكبر عدد من الأشخاص الذين يتغيرون دون معالجة رسمية.

ب. التحالف العلاجي (Therapeutic alliance) (30%): تعد العوامل التي تقوي التحالف العلاجي مهمة للعديد من المعالجات الفعالة، و تتضمن هذه العوامل التعاطف، والدفء، والاحترام، والقبول، وتشجيع المخاطرة.



شكل 2.1: النسبة المئوية للتحسن في المعالجة منسوبةً إلى العوامل المشتركة

ملاحظة: عُدّل من قِبل لامبرت وبارلي(Lambert & Barley)

ج. توقعات التغيير (Expectancies for change) (15%): تتضمن إسهامات التغيير التي يُمكن أن تُعزى إلى الشعور بالأمل والوعي بمعالجتهم. على الرغم من أنه قد يساء فهم التوقعات أحياناً على أنها آثار وهمية، إلا أنها تُرى الآن كمُسْهِمَات نَشِطة في عملية التغيير التي يجب على الأطباء الإكلينيكيين دعمها عن قصد (Snyder, Michael, & Cheavens، 1999). في الواقع، يبين فراسر وسولوفي (Fraser and Solovey, 2007) أن إعادة وتجديد الأمل هو الهدف النهائي للعلاج النفسي والموضوع المشترك لجميع التدخلات الإكلينيكية.

د. الأساليب والنماذج العلاجية (Therapeutic models and techniques) (15%): يُعزى لنماذج العلاج (مثل: التحليل النفسي والعلاج السلوكي)، والتدخلات (مثل: لعب الدور، والكرسي الفارغ، والإفاضة) إسهام صغير نسبياً ولكنه هام في التغيير. وتُنظم النماذجُ العلاجية التدخلات، وتقدم اتجاهاً متسقاً للمعالجة. بالإضافة إلى أنها تثير توقعات التغيير، وتقوي العلاقة العلاجية (Asay & Lambert, 1999; Fraser & Solovey, 2007).

من المحتمل أن تؤثر العوامل المشتركة، التي سيتم مناقشتها بتوسع في الفصول القادمة، على التغيير في مجالات متنوعة: كالتعليم والدين والطب. وقد تم وصف التوقعات والعلاقة العلاجية بوضوح وبشكل مفصل في الفصل العاشر والفصل الحادي عشر. بالإضافة إلى الإشارة إليها في كافة أنحاء الكتاب. إضافةً إلى وصف استراتيجيات تقييم المتغيرات المتعلقة بالمريض بشكل واضح ومفصل في الفصل السادس: إذ تم وصف الطرق التي يُمكن من خلالها استخدام هذه المتغيرات لتعزيز ودعم المعالجة في الفصل الثاني عشر بشكلٍ أكبر. وأخيراً، تم وصف النماذج النظرية الرئيسية المستخدمة لتنظيم المعالجة وللتفكير بشأن المرضى في الفصل التاسع بشكل مُختصر.

ماذا يعمل الأطباء الإكلينيكيون؟ What do Clinicians do?

يعيش اليوم مئات الآلاف من الأفراد الشرفاء والرزينين، فقط لأنه -في لحظة صدق- كان هناك مرشدٌ وأحدث فرقاً.
Patrick J. kennedy

على الرغم من أن التغيير الإكلينيكي قد يُعزى بشكل كبير إلى العوامل المشتركة، إلا أن معظم الأطباء الإكلينيكيين يعتقدون أنهم يقومون بعمل أمور معينة ومحددة للمساعدة في تغيير المرضى (Frank & Frank, 1993). يشترك الأطباء الإكلينيكيون بالالتزام الشخصي لمساعدة المرضى، وغالباً ما يعملون كشركاء فاعلين في عملية التغيير، متوسطين بين المرضى والمجتمع ككل. ويستمع الأطباء الإكلينيكيون بتعاطف مُحدثين جواً آمناً للتغيير، إذ إن إدراكهم وخبرتهم يمنحان الثقة والأمل. ويشجع الأطباء الإكلينيكيون مرضاهم على أن ينظروا لأنفسهم وحياتهم ومشكلاتهم بشكل مختلف، ويساعدونهم على أن يعبروا عن عواطفهم بشكل أفضل،

ويحددون الاستراتيجيات الفاعلة لتلبية احتياجاتهم. يشجع الأطباء الإكلينيكيين الناس، ويتحدونهم، ويبثون الأمل في نفوسهم، ويبنون نقاط القوة لديهم، ويزيدون من عدد الخيارات التي يدركها المرضى.

يمكن أن يكون الأصدقاء والعائلة ومُساعدين ومُعالجين في العلاج، لكن الإرشاد والعلاج النفسي أكثر هدفاً ومعنىً وتنظيماً في منهجه (B. C. Murphy & Dillon, 2003). لا يتم اختيار التدخلات العلاجية طوعاً أو كرهاً، بل أنها تستند إلى العلم والنظرية المتعلقان بهذا المجال (على سبيل المثال: مع وجود وعي بالكيفية التي يُمكن أن يُشجع بها التدخل المريض أو يعالج التجنب أو التهرب المُلاحظ مَع أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD). وغالباً ما يهتم الأطباء الإكلينكيون بلباسهم وبالطريقة التي يزينون أو يُجمّلون بها مكاتبهم، وبالرسائل التي ترسل إلى مرضاهم.

يُصغي الأطباء الإكلينيكيون بعناية وتعاطف إلى التواصل اللفظي وغير اللفظي الصادر عن الأشخاص: أي إلى ما يقولونه وما لا يقولونه، ويستمعون إلى السياق (المحتوى) وطريقة اتصالهم وتواصلهم (B. C. Murphy & Dillon, 2003). فعلى سبيل المثال: عندما سُئلت المريضة إيفيتا عن الكيفية التي كان عليها أسبوعها الماضي، كان تعبيرها البسيط والسطحي "مضت المدرسة جيداً اليوم" يحمل العديد من الطبقات والمعاني التي يُمكن سماعها من قبل مُستمعٍ دقيقٍ.

- لماذا ركزت إيفيتا على كلمة المدرسة؟ هل هناك أشياء أخرى لم تمضِ بشكل جيد؟
- أصبح تنفس إيفيتا أكثر سرعة عندما تتحدث عن العائلة. وقد تفادت التواصل البصري. ماذا يعني هذا؟
- لماذا أدارت إيفيتا دفة النقاش من قضايا العائلة إلى المدرسة؟

إن العملية المُلاحظة أثناء الجلسة يُمكن أن يكون أكثر فائدة وغنىً بالمعلومات النافعة في أغلب الأحيان.

على الرغم من أن الاستماع التعاطفي يتطلب اهتماماً حذراً بالمريض، إلا أنه ينطوي أيضاً على دفع الانتباه والاهتمام بأفكار ومشاعر وسلوكات الفرد الخاصة. ماذا دحث عندما بدأت إيفيتا تناقش موضوع المدرسة؟ أحدث هذا اهتماماً أم سأماً؟ إن فهم اهتمامات الفرد الخاصة واهتمامات الآخرين والقيم والقضايا قد يُساعد في تمييز معنى سلوك إيفيتا. أما استجابة (ردة فعل) السأم أو الضجرة فقد تعكس تجنبها لأية صعوبة أو لأية قضايا حقيقية ترتبط بشخص آخر، لكنها قد تعكس أيضاً تعب المعالج، أو المشاعر حول المدرسة، أو التشتت وصرف الانتباه من خلال الأحداث في حياته الشخصية الخاصة أو حياتها، أو صعوبات التواصل مع شخص آخر. وكما هو مؤكد في الفصل الثاني والفصل العاشر والفصل الرابع عشر، فإن فهم الذات واستجابات الفرد الخاصة ستطور قدرة الفرد على أن يصبح مستمعاً أكثر تعاطفاً وفاعلية.

تحدث علاقة الإرشاد والعلاج النفسي في سياق ثقافي وقيمي. وتؤثر قيم وثقافات الطبيب الإكلينيكي وكذلك المريض على خياراتهما حول ما حدداه وميّزاه كمشكلات وأهداف علاجية، بالإضافة إلى الكيفية التي اتفقا عليها بغية تحقيق هذه الأهداف. كما تؤثر القيم والثقافة على ما يختاره الناس ليعملونه، وعلى كيفية القيام به، وعلى تفكيرهم وشعورهم تجاه ذلك. إن معظم الأطباء الإكلينيكيين لا يحلون مشكلات مرضاهم بشكل مباشر، إنهم بدلاً من ذلك يعملون على تقويتهم لإحداث تغيير. وهم يساعدون المرضى على اكتشاف الطرق لحل مشكلاتهم بأنفسهم بما يتسق مع قيم المرضى، وبما يُمكّن المرضى من أن يكونوا قادرين على استخدامها باستمرار بعد انتهاء عملية الإرشاد أو العلاج.

أنموذجنا لبناء التعاطف Our Model of Building Empathy

> **أنا إنسان. لذا فإن أي شيء غير إنساني غريب بالنسبة لي.**
> **Terentius**

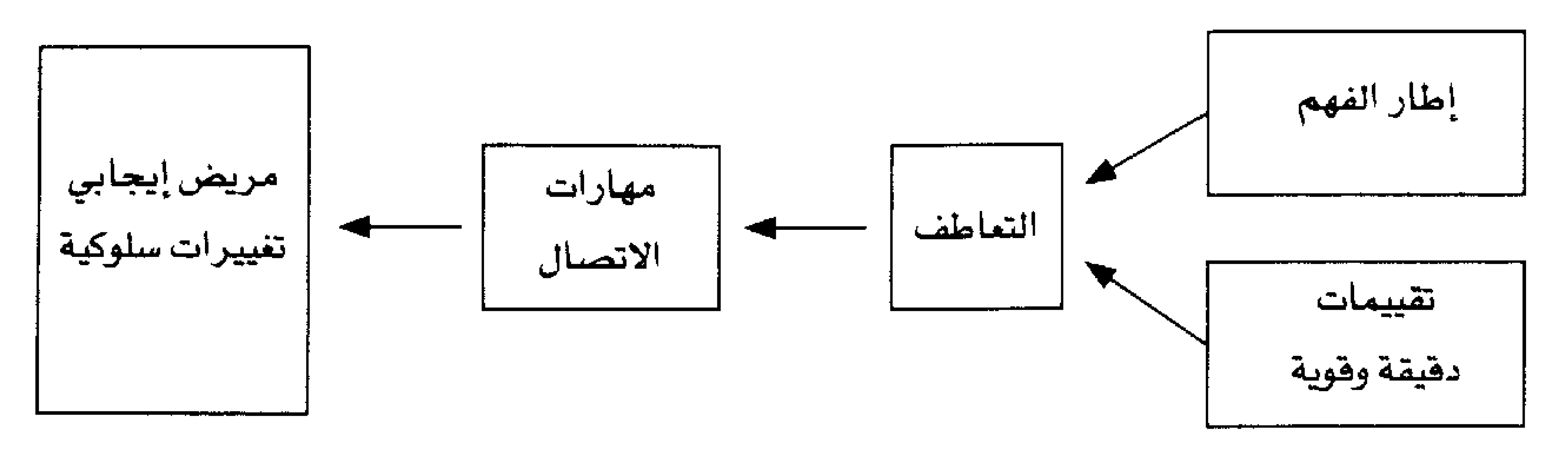
لقد وصفنا التعاطف على أنه موضوع متعدد الجوانب، يتضمن الفهم والقبول والأمل والتواصل، والذي يكمن وراءه سلسلة من السلوكات العلاجية ويُعد عاملاً مهماً للتنبؤ بالنجاح العلاجي (Lambert & Archer, 2006). ومن الممكن أن يُتعلّم التعاطف، وقد يقود إلى فاعلية الممارسين من منهجيات نظرية مختلفة وفي تخصصات متنوعة، بما فيها التعليم والدين والطب (Frank & Frank, 1993).

إن التعلُّم حتى تكون متعاطفاً في الأوضاع الإكلينيكية يتطلب التركيز على ثلاثة أنواع مختلفة من المهام، وهي: (أ) تطوير إطار شامل كاف لفهم الناس، (ب) اكتساب المهارات اللازمة لعمل تقييمات إكلينيكية متعاطفة قوية، و(ج) بناء مهارات إكلينيكية للتعبير عن الفهم التعاطفي بفاعلية. تساعد هذه المهام مجتمعة الأشخاص على إحداث تغيير إيجابي. إن هذا الأنموذج المصوّر في الشكل (3.1) هو أساس منهجنا في العمل الإكلينيكي (السريري). وقد وصفنا هنا بشكلٍ موجز مكونات هذا الأنموذج، ووضعناه في جميع أجزاء هذا الكتاب.

إطار للفهم (A Framework for Understanding)

يعتبر البشر كائنات معقدة يمكن فهمها بطرق مختلفة، إلا أن الإطار النظري القوي والمُستند إلى البحث يجعل فهم الناس أسهل. ورغم وجود أطر هائلة متوفرة للاختيار، إلا أننا ركزنا في هذا الكتاب على نوعين منها: الأول شخصيٌّ وذاتي أكثر، أما الثاني فيتضمن تأثيرات خارجية أكثر. وبشكل أكثر تحديداً، فإننا نَصِفُ، في الفصل الثالث، الناس على أنهم كائنات صانعة ومتخذة للقرارات، ونفحص بعضاً من ميزات ومظاهر النظرة العالمية التي تبرز بشكل أكبر في المواضع الإكلينيكية. أما الفصل الرابع فيبحث دور السياق (المحتوى) والثقافة، وخاصة الكيفية التي تؤثر بها هويات المرضى

الثقافية المتعددة على معتقداتهم وانفعالاتهم وسلوكهم ومشكلاتهم وأعراضهم. لقد قمنا عبر هذا الكتاب بوصف طرق أخرى لرؤية المرضى التي تزيد من الفهم لهم، وبشكل محدد البحث والنظرية حول التشخيصات ووجهات النظر العالمية (الفصل التاسع)، واستعداد المرضى للتغيير (الفصل الثامن). والنجاحات الحالية ونقاط القوة (الفصل الخامس والفصل الثاني عشر)، أما في الفصل السادس فنحن نصف طريقة لفهم المرضى بشكل كلي؛ أي ككائنات نفسية وجسدية وثقافية وروحية.



شكل (1.3): أنموذجنا لبناء التعاطف

أدوات تطوير الفهم التعاطفي

(Tools for Developing Empathic Understanding)

يركز الجزء الثالث من هذا الكتاب على تطبيق أطر الفهم (المبينة بشكل أساسي في الجزء الثاني) لتطوير تقييم إكلينيكي متعاطف وقوي. حيث يصف الفصل الخامس عمليات جراء الملاحظات الفعالة، والتفكير الناقد، وتوليد الفرضيات التي تكمن وراء التقييم الإكلينيكي القوي، أما الفصل السادس فيحدد أربع استراتيجيات تقييمية لجمع المعلومات بشكل منظم من أجل إيصال آراء الطبيب الإكلينيكي التشخيصية، والاستنتاجات وتوصيات المعالجة. بينما يناقش الفصل السابع عملية إيصال التقييمات والملاحظات الإكلينيكية، وبشكل محدد عبر الكتابة. أما الفصلان الثامن والتاسع فيبينان الكيفية التي يستفيد من خلالها الأطباء الإكلينيكيون من المعلومات التي تم جمعها (وقد وُصِفت في الفصول من الخامس إلى السابع) لمواءَمة المعالجة للمرضى والأفراد.

المهارات الإكلينيكية للتعبير عن التعاطف وتسهيل التغيير الايجابي

(Clinical Skills for Expressing Empathy and Facilitating Positive Change)

بدأ الجزء الرابع من هذا الكتاب بتحديد المهارات البنائية والعلائقية التي يستخدمها الأطباء الإكلينيكيون لتحفيز وتشجيع المرضى وذلك في الفصل العاشر. أما الفصل الحادي عشر فيصف المهارات اللفظية وغير اللفظية التي يستخدمها الأطباء الإكلينيكيون من أجل كسب وإيصال الفهم التعاطفي. في حين يصف الفصل الثاني عشر طرقاً لمواجهة العقبات التي تظهر أثناء المعالجة، وطرقاً لاستخدام النجاحات ونقاط القوة من أجل مساعدة المرضى على أن يتغيروا. ويراجع الفصل

الثالث عشر استراتيجيات تقييم التقدم، ومنع الانتكاس، وإنهاء المعالجة بشكل جيد. ويناقش الفصل الرابع عشر التوترات التي تبقى بالنسبة للأطباء الإكلينيكيين الذين يعملون بجد ليكونوا أخلاقيين، وفعالين، ومتعاطفين عند موازنة متطلبات العالم الحقيقي. أخيراً، يناقش الفصل الخامس عشر أهمية الرعاية والعناية الذاتية في إبقاء فاعلية الفرد في العمل مع الآخرين، ويعرض العديد من الطرق الواقعية للعناية بالذات.

الخلاصة Summary

التعاطف هو الفهم المعرفي والوجداني لخبرة الشخص من وجهة نظره الفريدة. والتعاطف الفعال مقبول ومُسَاعِد على ألا يكون بإفراط أو بإهمال للمشكلات والأعراض. ويُعد التعاطف عديم الفائدة إلى أن يتم إيصاله بالطريقتين اللفظية وغير اللفظية بواسطة المعالج أو إدراكه تباعاً بواسطة المريض.

تشترك مجالات الصحة النفسية باعتقاد شائع مفاده أن الشفاء والنمو يحدثان بسهولة أكبر في سياق العلاقة التي يستمع عبرها شخص ما إلى آخر بتعاطف. في الواقع، رغم أن ما يقارب من (75%) من الأشخاص يتغيرون أثناء مساق الإرشاد والعلاج النفسي، إلا أن قدراً صغيراً نسبياً من التغيير الذي تمت ملاحظته يُعزى إلى التدخلات والنماذج العلاجية (15%). إن الغالبية العظمى من التغيير الذي يُحدثه المرضى يُعتبر مُشتركاً مع العوامل المشتركة: (أ) المتغيرات المتعلقة بالمريض والنشاطات العلاجية الخارجية (40%)، (ب) العلاقة العلاجية (30%)، (ج) توقعات المرضى بالنسبة للتغير (15%)، (د) الأساليب والنماذج العلاجية (15%).

لقد قمنا بتخطيط أنموذج لبناء التعاطف، والذي يُعدُّ الموضوع الذي يوحد بقية أجزاء هذا الكتاب. يحتاج الأطباء الإكلينيكيين، بشكل محدد، إلى طريقة للتفكير بشأن الناس وَفهمهم (الجزء الثاني)، وإلى أدوات لتطوير تقييم إكلينيكي قوي للمرضى (الجزء الثالث)، وإلى أساليب وطرق للعمل بفاعلية مع هذا التقييم من أجل مساعدة المرضى على إحداث تغيير إيجابي في حياتهم (الجزء الرابع).

كيف تُطبق هذه القضايا في حياتك وعملك؟

يمتلك كل شخص تقريباً خبرات مكنته من التغيير. فَكّر بتغيير هام أحدثته، وبما ساعدك على أن تتغير.

1. ما الذي جعل الأمر أكثر سهولة أو أكثر صعوبة للتغيير؟ قارن خبرتك مع خبرة أصدقائك أو زملائك الطلبة. ماذا تستنتج من مقارنة قصتك مع قصصهم؟

2. اذا ساعدك شخص ما على التغيير (أحد الوالدين، أو صديق، أو وزير، أو معلم، أو معالج)، ماذا عَمِل ليساعدك؟ ما هي الخصائص أو السلوكات التي بدت مُسَاعِدة ومفيدة جداً؟ قارن خبرتك مع خبرات أصدقائك أو زملائك الطلبة. أي من هذه الخصائص تحب أن تواصل تطويرها حتى تصبح طبيباً إكلينيكياً على نحوٍ أفضل؟ ما الخطوات التي يُمكن أن تتخذها لإحداث هذا التغيير؟ (B. C. Murphy & Dillon, 2003)؟

3. كيف كان شعورك عندما فهمك شخص آخر بشكل حقيقي؟ كيف كان شعورك عندما أُسيء فهمك وخاصة بشأن شيء مهم؟

4. كيف تُدرك الأمور عندما تُعامل باحترام؟ هل معاملتك باحترام في الإرشاد يكون مختلفاً عن المعاملة في نوع آخر من العلاقة المُسَاعِدة في الجزء الآخر من حياتك؟ إذا كان كذلك، فكيف ذلك؟

5. إذا كنت توّد أن تكون مُحترماً أكثر من قِبل الآخرين، وبالذات في عملية الإرشاد والعلاج النفسي، فما التغييرات التي تحتاج إلى عملها؟ ما الخطوات التي يُمكن أن تتخذها لإحداث هذه التغييرات؟

6. رغم أن هذا الكتاب يؤكد على الانتباه لجميع أبعاد الشخص الآخر –الكلمات، والتلميحات الصوتية، والسلوك غير اللفظي، واللباس والزينة، والحالة وغيرها- إلا أنه من الضروري التأكيد على الكلمة المنطوقة. ماذا يمكنك أن تعمل لتزيد من فهمك لكلمات شخص آخر؟ ما الأشياء التي يمكنك عملها لتتجاوز الكلمة المنطوقة؟

الجزء الثاني 2

بناء إطار لفهم الناس واحتوائهم
Building a Framework for Understanding and Contextualizing People

يعتمد التعاطف الفعّال والتدخلات الفاعلة على فهم آراء (وجهات نظر) المرضى العالمية، والمعاني التي استخلصوها استجابة للضغوطات والصدمات في حياتهم. في هذا الجزء، مهدنا الطريق لهذا العمل، وذلك من خلال وصف الأسس الأخلاقية للعمل الإكلينيكي أولاً، ثم طرح الفكرة الرئيسة للآراء (وجهات النظر) العالمية وتداعيات (آثار) الثقافة المترتبة على هذه الآراء العالمية. يصف الفصل الثاني المبادئ والإرشادات الأخلاقية التي توجه العمل الإكلينيكي القوي. أما الفصل الثالث فيبدأ بتعريف الآراء (وجهات النظر) العالمية، متبوعة بوصفٍ للعديد من جوانبها التي قد تكون ذات صلة وأهمية خاصة بالأوضاع الإكلينيكية. في حين ركز الفصل الرابع على الثقافة، واستكشاف الأبعاد كالعِرق والجنس والطبقة الاجتماعية والدين والتوجه الجنسي، إضافةً إلى مناقشة آثار المعالجة المحتملة للتمييز والتعصب والظلم.

الفصل الثاني 2

أن تكون طبيباً إكلينيكياً أخلاقياً
Being an Ethical Clinician

الى أين نتجه؟

1. ما هي المبادىء الطموحة التي توجّه أخلاقيات العمل الإكلينيكي الأخلاقي؟
2. ما هي المعايير الأخلاقية التي توجّه المعالجة؟ كيف يستطيع الأطباء الإكلينيكيون وضع هذه المعايير قيد الممارسة والتطبيق؟
3. كيف يختلف الإرشاد والعلاج النفسي عن الصداقة؟
4. ما هي الاستراتيجيات التي يمكن للأطباء الإكلينيكيين استخدامها لمساعدتهم على تحديد وتمييز المجالات أو المواضع التي قد يواجهون فيها مشكلات أخلاقية؟
5. كيف تُساعد معرفة الذات والوعي الذاتي الأطباء الإكلينيكيين على المحافظة على معالجة أخلاقية؟

الحلول الواهية للمشكلات المعقدة
A Band -Aid for Complex Problems

د. هيلبر DR. HELPER

وَصفَ الفصل الأول التعاطف على أنه اتجاه الأمل والقبول غير المشروط، والذي يرتكز على الفهم. التعاطف أمر مهمٌ للعمل الإكلينيكي، لكن لكي تصبح طبيباً إكلينيكياً فعالاً فإن تعاطفك يجب أن يرتكز ويؤسس على إطار أخلاقي قوي، إذ إن التعاطف دون إطار أخلاقي واضح يُمكن أن ينزلق ويتبدد إلى الرعاية التي تقدم الحلول الواهية للمشكلات المعقدة، متجاهلاً الاهتمامات الأخلاقية المتنافسة التي تؤطر (تصوغ) العمل الإكلينيكي القوي (Handelsman, Gottlieb, & Knapp, 2005). إن الإطار الأخلاقي الواضح يُفيد في جعل المعالجة مُحترمة ومتمكنة وعطوفة (رحيمة)، مما يُساعد المرضى على تلبية أهدافهم العلاجية طويلة الأمد.

يدخل العديد من الأطباء الإكلينيكيين هذا المجال لمساعدة الناس. ومما يجدر ذكره أنه حتى أولئك الذين ارتكبوا انتهاكاً أخلاقياً (من الأطباء الإكلينيكيين)، من المحتمل أنه كانوا ذوو نوايا حسنة، وقصدوا أن يكونوا مُفيدين ومساعدين (Pope & Keith-Spiegel, 2008). ويُرى هذا المقصد (النية) الإيجابي في قصة مجهول الاسم (Anonymous, 2000) –المُسمى هنا الدكتور هيلبر– وهو طبيب نفسي كان "نافعاً" في الرد والاستجابة لوعد أعطاه لمريض على فراش الموت. طلب المريض من الدكتور هيلبر أن يعتني بزوجته إدنا (Edna) وبأطفاله. وتلبية لإدراكه وفهمه لهذا الوعد. بدأ الدكتور هيلبر بالنظر إلى إدنا كمريض، وتعهدها كموظفة في مكتبه عندما احتاجت إلى العمل، واعتبر نفسه جزءاً من عائلتها، واشترى لها الحُليّ، وفي النهاية بدأ بإقامة علاقة جنسية معها. في سياقات لاإكلينيكية، قد تكون هذه الأعمال عبارة عن استجابات رعاية واهتمام على النحو الملائم. في هذا السياق، من جهة ثانية، شعرَت إدنا في النهاية أنها مستخدمة ومستغلّة ومتروكة. وكانت النتيجة طلاق هيلبر وزوجته وتوجيه اللوم له من قبل مجلس الترخيص. واستنتج الدكتور هيلبر "أنا فشلت لأنني لم أعرف كيف أضع حداً للرعاية" (p. 3).

- ما هي المشكلات المحددة التي تراها في استجابات الدكتور هيلبر؟ لماذا؟
- إذا قدمت هذا الوعد لشخص على فراش الموت، ما هي الطرق الأكثر أخلاقية لاحترام هذا الوعد؟ وكيف يمكنك أن تختار من بين استجاباتك وردودك؟

المبادئ الطموحة The Aspirational Principles

الأخلاق هي رمز للقيم التي توجه خياراتنا وأفعالنا وتحدد هدف ومسار حياتنا
Ayn Rand

تتضمن المعالجة الأخلاقية كلاً من التصرف بطرق إيجابية وأخلاقية وتجنب الأفعال المؤذية. طُورّت مبادىء الطموح لمدونة أخلاق الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA, 2002)، على سبيل المثال، لـ "توجه وتلهم علماء النفس نحو المُثُل العليا للمهنة" (P. 1062). وقد وصفت المبادئ الخمسة أولاً من قبل كيتشنر (Kitchener, 1994)، والتي تتضمن أن الأطباء الإكلينيكيين يعملون الخير، ويتجنبون الأذى (عدم الأذى)، ويدعمون قدرة مرضاهم على التفكير والتصرف بحرية (الاستقلال الذاتي)، ويتصرفون بطريقة مخلصة وصادقة وجديرة بالثقة (الإخلاص)، ويشجعون على الإنصاف والعدل في المجتمع والأماكن الإكلينيكية (العدالة الاجتماعية).

خذ بعين الاعتبار عمل الدكتور هيلبر مع إدنا (Anonymous, 2000). إن وصفه لهذه الفترة يوحي بأنه كان يحاول فعل الخير، لكن الأقل وضوحاً أنه كان يفكر بشكل واسع ويعمل على تحقيق المبادئ الثلاثة الآتية: عدم الإيذاء، والاستقلالية الذاتية، والإخلاص. إذا كان الدكتور هيلبر يتصرف لكي يتجنب عمل الأذى، فلربما كان سيتجنب سلسلة المواقف التي –كما هو مبين لاحقاً– يكاد يكون مؤكداً أن من شأنها أن تترك إدنا شاعرة بالاستغلال. يراعي الأطباء الإكلينيكيون الأخلاقيون العواقب طويلة الأمد المتعلقة بأفعالهم عند اتخاذ القرارات، مفكرين ليس فقط بأفضل نتيجة ممكنة لعملهم المقترح، بل أيضاً بالأسوأ (Pop & Keith – Spiegel،).

لا تبدو أفعال الدكتور هيلبر متسقة مع مبدأ تعزيز الاستقلال الذاتي، كدليل وموجّه. لقد بدا الدكتور هيلبر معتقداً أنه يجب عليه حل مشكلات إدنا وتلبية حاجاتها عندما تظهر؛ فحينما احتاجت إدنا إلى معالج، وافق على رؤيتها بدلاً من تشجيعها على إيجاد معالج، وعندما احتاجت إلى عمل وظفها عنده في المكتب، وعندما شعرت بأنها وحيدة قَدّم نفسه كصديق ومُحِب. يشجع الأطباء الإكلينيكيون الأخلاقيون مرضاهم على التعرف إلى الاستراتيجيات التي تلبي احتياجاتهم –ربما بمساعدة منهم– بدلاً من محاولة تلبية احتياجاتهم. قد تُستقبل الاستجابة الأخيرة بشكل جيد، لكنها أيضاً تشجع الاعتمادية على كلٍ من المُعَالَجة والطبيب الإكلينيكي.

حتى عند الكتابة عن هذه الفترة من حياته بعد مرورها، يبدو أن لدى الدكتور هيلبر القليل من التبصّر بالدوافع التي قادته إلى الانشغال بسلوكات يَعرّفها معظم الأطباء الإكلينيكيين على أنها خطرة جداً. إن فشله للنظر والبحث في سلوكه والسؤال عن قراراته ودوافعه قاده إلى التصرف بطرق لم تكن مخلصة وصادقة وجديرة بالثقة، أي أن هذه الطرق لم تشجع الإخلاص والوفاء.

وكما يستنتج بوب وكيث-سبيغل (Pope & Keith-Spiegel, 2008) فإن الأشخاص الطيبين يرتكبون هفوات وأخطاء أخلاقية فادحة أيضاً. على أية حال، يشترك الأطباء الإكلينيكيون والمؤهلون في عملية اتخاذ القرار التي تقلل من احتمالية حدوث هذه الأخطاء.

إن مساءلة أنفسنا جزء مهم من عملنا، مستفسرين بأنه "ماذا لو كنت على خطأ بشأن هذا؟ هل ثمة شيء ما تغاضيت عنه؟ هل يمكن أن يكون هناك طريقة أخرى لفهم هذا الموقف؟ هل يمكن أن يكون هناك طريقة للاستجابة أكثر إبداع وفاعلية (P. 641)؟"

بالرغم من أن أي شخص يمكن أن يرتكب أخطاء، إلا أن امتلاك قانون أخلاقي شخصي متطور، وأساس متين في أخلاقيات المرء المهنية، وآلية اتخاذ قرارات مناسبة للتجاوب مع المشكلات الأخلاقية ومنعها يُمكن أن يساعد الآخرين على التعامل مع المعضلات الأخلاقية بشكل جيد. سيصف بقية هذا الفصل استراتيجيات تطوير هذه المهارات.

المعايير الأخلاقية The Ethical Standards

> **يُوجِّه السبب محاولتنا لفهم العالم بشأننا. ويوجه السبب والشفقة جهودنا لتطبيق تلك المعرفة بشكل أخلاقي، ولفهم الآخرين. ثم إن لهما علاقات أخلاقية مع أشخاص آخرين.**
> Mollen Matsumara

توضح المبادئ الطموحة وتحدد الأهداف للممارسين في المجال. قد تكون هذه الأهداف صعبة المنال، ولكنها يجب أن تُستخدم لتوجه سلوك الأطباء الإكلينيكيين. من جهة أخرى، وضعت المعايير الأخلاقية توقعات للمجال، وهذه التوقعات عبارة عن الانتهاكات لما يُمكن أن يؤدي إلى لوم تأديبي. ويواجه الأطباء الإكلينيكيون طوال حياتهم المهنية خمس قضايا أخلاقية مهمة يجب أن تكون المعايير الأخلاقية ملتزمة بها، وهي: الموافقة المسبقة، والكفاءة، والخصوصية والسرية، والعلاقات المزدوجة، والحساسية للفروق (الاختلافات). وقد تم شرحها هنا بإيجاز، لكن على الأطباء الإكلينيكيين قراءتها من خلال مدونة المهنة للأخلاق باستمرار لفهمها وتطبيقها بحرص وبشكل كامل (الجمعية الأمريكية للعلاج الزواجي والأسري (AAMFT, 2001): جمعية الإرشاد الأمريكية (ACA, 2005): الجمعية النفسية الأمريكية (APA, 2002): الجمعية الدولية للأخصائيين الاجتماعيين (NASW. 2008) (انظر الفهرس أ).

الموافقة المسبقة Informed Conset

هي العملية التي يزود عبرها الطبيب الإكلينيكي المرضى بالمعلومات الكافية لاتخاذ قرارات مدروسة حول معالجتهم (Barentt, Wise, Johnson-Greene, & Bucky, 2007). وينبغي أن يكون المرضى على علم بالخصوصية والسرية، والرسوم (أتعاب وأجور المعالجة)، وتدريب الطبيب الإكلينيكي. ولهم الحق بمعرفة المعالجات الأخرى المتوفرة، وفوائدها وتأثيراتها الجانبية المحتملة،

ولهم الحق أيضاً في الحصول على الإحالة إلى خدمات أخرى عندما يكون ذلك مناسباً.

تبدأ عملية الموافقة بشكل عام في الجلسة الافتتاحية، لكنها مستمرة عبر الوقت حالما تنبثق أسئلة واستفسارات إضافية. على سبيل المثال، عند مراجعة نماذج الموافقة المسبقة مع المريض خلال الجلسة الافتتاحية، قد يصف الطبيب عملية اتخاذه القرار العام بشأن إرجاع المريض إلى الدواء، ومن ثم يصف هذه العملية بشكل كاملٍ أكثر في الجلسات اللاحقة للمرضى الذين لا تستجيب حالاتهم الاكتئابية بشكلٍ جيد للعلاج بالتحليل النفسي لوحده؛ لأن المريض قد يحتاج لاتخاذ قرار معين في تلك المرحلة.

دُرِسَت تصورات المريض لعملية الموافقة المسبقة بشكل عام مع المرضى المزيفين – الوهميين (Pseudoclients) (أشخاص اشتركوا خلال الدراسة في البحث بدور المريض). أفادّ المرضى المزيفين الذين أُخبروا وأُبلغوا عن حدود الخصوصية (السرية) أنهم أقل رغبة في الكشف عن الذات من أولئك الذين لم يُبلغوا بتلك الحدود (Nowell & Spruill, 1993). ورغم المشكلات الممكنة التي تأتي مع الموافقة المسبقة (مثل: الرغبة المنخفضة في الكشف عن الإساءة للطفل)، إلا أنه وفي تلخيص للدليل، استنتج سنيدر وباريت (Snyder and Barnett, 2006) أن عملية الموافقة المسبقة تدعم التحالف العلاجي، واستقلالية المريض، واتخاذ القرار العقلاني، وتقلل إمكانية الاستغلال وإلحاق الأذى والضرر. إن المرضى الوهميين المبلغين عن طبيعة المعالجة يرون أطباءهم الإكلينيكيين أكثر خبرة وثقة من أولئك الذين لم يطلب منهم منح الموافقة المسبقة، وكانوا أكثر احتمالاً أيضاً للإبلاغ عن أنهم مستعدون لرؤية الطبيب الإكلينيكي مرة أخرى وأن يوصوا بذلك الطبيب لصديقٍ أو شخص آخر (Handelsman & Martin, 1992; Sullivan, Martin, & Handelsman, 1993).

ممارسة إكلينيكية Clinical Practice

جاءت ماريون (Marion) إلى المعالجة وهي تعاني من رهاب (خوف شديد) من الطيور التي كانت ملازمة للبيت بصورة متزايدة. بناءً على مراجعة الأدب في المجال، قرر المعالج كِن (Ken) أن يستخدم أسلوب العلاج بالإفاضة في المعالجة (أي تعريضها لمستوى عالٍ من المثيرات المخيفة) بالرغم من أنه قرر ألاّ يخبرها بما كان ينوي القيام به في البداية، وَخَلص إلى قوله: "إذا أخبرتها، لن تفعل ذلك!". ما رأيك في القضايا الأخلاقية التي ينطوي عليها هذا القرار؟

* * * *

كانت شارلين (Sharlynn) تنزع دائماً إلى الانتحار والتهديد وهددت بأخذ (150) حبة دوائية مختلطة. وقد رفضت الذهاب الى المستشفى. أخبرتها مُعالجتها دي (Dee) بما كانت تنوي القيام به في كل خطوة لأن ذلك يُعتبر من خيارات إبقائها في أمان. هل توجد أشياء أخرى كان يجب أن تعملها مُعالجتها دي حتى تبقى أخلاقية في هذا الوضع؟

الكفاءة (Competence)

سيطلب المرضى من العاملين في دراسة حالاتهم، والأخصائيين الاجتماعيين، والمرشدين، والأطباء النفسيين أن يقوموا بعمل أشياء عديدة؛ منها ما هم كفؤين لفعلها، ومنها ما لا يمتلكون التدريب والخبرة الكافيين للقيام بها. وقد يُطلب من المعالجين الأفراد الإدلاء بشهاداتهم في قضية حضانة الأطفال، وقد يُطلب من المعالجين الكبار العمل مع الأطفال، وقد يُطلب من العاملين في دراسة الحالات القيام بالعلاج أو تقديم استشارة قانونية، أما الأخصائيين الإجتماعيين العاملين في المستشفيات النفسية مع المرضى المصابين عقلياً فقد يُطلب منهم القيام بالإرشاد المهني (تقديم المشورة المهنية).

الكفاءة مفهوم متعدد الأبعاد، يتضمن المعرفة والمهارات، بالإضافة إلى الاتجاهات والقيم والحُكم اللازم لتنفيذها بشكل جيد (Barnett, Doll, Younggren, & Rubin, 2007). وتُكتَسب المعرفة بشكل عام من خلال القراءة الرسمية والدورات الدراسية أو التدرب في مجال التخصص، أما المهارة فتتطور عبر الاستشارات والإشراف المستمرين، وتتطلب المحافظة على الكفاءة أن يدرك ويواجه الأطباء الإكلينيكيون القضايا النفسية التي يمكن أن تغطي على حكمهم وتحجبه (مثل التحيز، والمحن والشدائد، تعاطي المخدرات والإساءة والانتهاك، والمرض الجسدي والنفسي).

إنَّ درجة الخبرة المطلوبة لتكون كفؤاً تعتمد جزئياً على مستويات الكفاءة الإكلينيكية العامة للطبيب الإكلينيكي، وعلى خصوصية تفرد مجال العمل. ويمكن للأخصائي الاجتماعي الذي يقوم بالعلاج بالتحليل النفسي الفردي أن يكون كفؤاً في الإرشاد المهني اعتماداً على درجة تعقيد القضايا المهنية- لكن من الممكن ألا يكون كفؤاً للقيام بعمل تقييم رعاية (وصاية القانون). ورغم وجود الكفاءة لعمل تقييم رعاية باللغة الإنجليزية والإسبانية، إلا أنه إذا فشل الطبيب الإكلينيكي في الإدراك والتعرف على تعقيدات اللغة والثقافة عند تقييم مهاجر مكسيكي فمن الممكن أن تكون أعماله أقل كفاءة. وحتى لو كان الطبيب الإكلينيكي ماهراً في تجهيز وأداء تقييمات الرعاية مع المكسيكيين ولديه مترجم جيد، فإن كفاءته للقيام بذلك قد تنخفض. الكفاءة حالة يُمكن تحقيقها، لكن يجب المحافظة عليها وتعزيزها لذا تتطلب المحافظة على الكفاءة التطور المهني المستمر، والرعاية

الذاتية، والتقييمات المنتظمة لصحة الفرد الانفعالية ومستوى المهارة (Barnett, Doll, et al., 2007; Knapp & VandeCreek, 2006).

لماذا تعتبر الكفاءة قضية هامة؟ حينما يعمل الأطباء الإكلينيكيون دون كفاءة محددة وواضحة لأداء المهام المتخصصة (مثل: العمل الجنائي، أو التقييمات العصبية، أو العلاج الأسري) فإنهم يقدمون مستوى متدنياً من الخدمة، وبالتالي يساومون على صحة المريض النفسية وسمعة المهنة. إنّ الأطباء الإكلينيكيين الذين لا يحافظون على مستوى كفاءتهم هم أيضاً أكثر عرضة للمقاضاة و للشكاوى الأخلاقية. ويُعد التصرف بأخلاقية وكفاءة استراتيجية هامة لإدارة المخاطر من أجل حماية سمعة الفرد والحيلولة دون رفع الدعاوى القضائية (Bennett et al.,2006).

ممارسة إكلينيكية Clinical Practice

تمر الطبيبة دارسي (Darcy) في عملية طلاق. وقد تم مراقبة مستويات توترها وإجهادها، وخفض معدلات قبولها لإحالات العمل مع الأزواج، وأُعيدت إلى العلاج الشخصي، لكنها ما زالت تقابل وترى المرضى وتعتقد نفسها فعّالة، كما يعمل مُشرفها. ما العوامل التي قد تؤثر على كفاءتها؟ كيف يُمكن تحديد مستوى كفاءتها؟

* * * *

نادية معلمة تشرف على الأطفال الموهوبين، وتعمل مع الأطفال المصابين بالتوحد. تتلقى نادية العديد من الإحالات، والتي تواجه صعوبة كبيرة في الاستجابة والرد عليهم جميعاً. وفي محاولة لتلبية هذة الحاجة، فإنها نادراً ما تجد الوقت لتكتب ملاحظاتها عن الحالة، ناهيك عن قراءة أحدث الأبحاث حول مرض التوحد، إضافةً إلى أنها لم تحضر ورشة عمل التعليم المستمر من أربع سنوات. ومع ذلك، تتزايد الإحالات التي تتلقاها. ما هي قضايا الكفاءة المتعلقة بنادية؟

الخصوصية والسريّة (Confidentiality)

الخصوصية والسريّة حق واسع جداً يسمح للمرضى بمناقشة قضايا حساسة بأمان، ومن دون قلق بأنهم سيكونون مكشوفين أمام شخص آخر. وبشكل عام، لا يمكن المشاركة بأي شيء يتعلق بحضور المرضى أو نشاطهم في المعالجة دون إذن خاص منهم لعمل ذلك. إن القوانين الرسمية، وقرارات المحكمة، وسياسات المؤسسة تُحدد الخصوصية والسرية في إطار مجموعة متنوعة من الحالات. تكلف العديد من الدول أن يُبلّغ الأطباء الإكلينيكيين عن الإساءة للطفل أو لكبار السن، وعن الخطر

الوشيك على الذات أو الآخرين. وقد يتلقى الأطباء الإكلينيكيون مذكرات استدعاء للمحكمة للكشف عن معلومات سرية، ويجب أن يناقشوا قضايا المعالجة مع مشرفيهم، وقد يتشاركون بمعلومات مع شركات التأمين للحصول على الدفع (السداد).

قد تبدو قوانين السرية أحياناً سخيفة. قد يعرف أفراد عائلة المريض أنه يتلقى العلاج، لكنهم يصلون إلى طريق مسدود عندما يطلبون الإطلاع على مجريات المعالجة. وما لم يُعطِ المريض إذناً خاصاً للكشف عن هذه المعلومات فعلى الأطباء الإكلينيكيون أن يردوا على الآخرين بالمراوغة (أي بطريقة مبهمة ودون وضوح) (مثال: "لا أستطيع أن أؤكد أو أن أنكر أنها مريضة هنا"). وهذا الحظر (المنع) يحمي أولئك الأشخاص الذين يريدون إبقاء رعايتهم للصحة النفسية أمراً خاصاً، ولكنه لا يمنع المرضى من كشف سمات معالجتهم الخاصة. إنهم يمتلكون المعلومات ويمكنهم أن يختاروا موقع وكيفية المشاركة بها.

وعلى الرغم من أن الأطباء الإكلينيكيين قد يملكون الإذن للكشف عن بعض المعلومات، إلا أنّ هذا الإذن ينبغي أن يقتصر على المعلومات المتعلقة بالمصدر. فعلى سبيل المثال، قد تكون المعلومات متعلقة بوصف التدخلات التي من شأنها تحقيق الاستقرار للطفل في المدرسة، لكن ربما تكون غير ضرورية وغير ملائمة في الكشف عن تشخيص الطفل. علاوةً على ذلك، ما لم تتعلق المادة بشكل محدد بالصعوبات التي يواجهها الطفل في المدرسة، فإن الكشف لكادر المدرسة عن أن والدة الطفل مدمنة كحول هو على الأرجح أمرٌ لا مبرر له وضار.

لماذا تعتبر السرية قضية هامة؟ تُوجد السرية بيئة آمنة تساعد المرضى في كشف واستكشاف المادة التي ربما لم يتشاركوا بها نهائياً من قبل. إنَّ التفويضات القانونية للإبلاغ عن الإساءة أو التهديد بالعنف يُمكن أن تساوم (تتوصل إلى حل وسط-تسوية) الانفتاح والثقة (Nowell & Spruill, 1993). إنَّ وصف هذه الحدود حول الخصوصية والسرية، كما ذكر سابقاً، خلال عملية الموافقة المسبقة يُمكن أن يدعم ويعزز التحالف العلاجي، واستقلالية المريض الذاتية، واتخاذ القرار العقلاني. ويُمكن أن تقلل المشاركة بحدود الخصوصية والسرية أيضاً من تصورات المريض لوجود استغلال يُحيط به، والذي يجب أن يكون الكشف عنه مطلوباً في المرحلة اللاحقة (Snyder & Barnett, 2006).

ممارسة إكلينيكية Clinical Practice

أثناء قيام الدكتور وو (Wu) بجولات في المستشفى، تحدثت معه الأخصائية الاجتماعية صوفي (Sophie) التي كانت تتابع حالة ليزا (Liza) بشأن وضعها واستجابتها لمضاد الكآبة الجديد، وقد سأل الدكتور (وو) ما إذا كانت أعراض ليزا قد نجمت من تعرضها للإساءة الجنسية (تاريخها السابق) (وذلك من أجل أن يُقدم وصفته الطبية). أعطت ليزا الإذن لصوفيا بالكشف عن أعراضها واستجابتها لمضاد الكآبة فقط، وألا تناقش تاريخ الجنسي المحرم (الحادثة التي تعرضت لها في السابق). ماذا يجب أن تعمل صوفي؟ كيف يمكنها أن تتعامل مع عملية الموافقة بشكل مختلف لمنع المشاكل من التطور؟

* * * *

تتناول داريا (Daria) مع ابنها الأكبر، البالغ من العمر إحدى عشرة عاماً، طعام الغداء في مقهى عام عندما جاءَ نحوها مريض سابق وبدأ بالتحدث عن انهيار زواجه الذي حدث منذ أن أنهوا المعالجة. هل هذا تصرف أخلاقي؟ ماذا يجب أن تعمل داريا؟

العلاقات المزدوجة Double Relationships

تحدث العلاقات المزدوجة عندما ينشغل الأطباء الإكلينيكيون بأكثر من علاقة مع المريض. وفي نفس الوقت (مثلاً: يصبح الطبيب الإكلينيكي صديق المريض، صاحب العمل، المساعد في العمل، المحب، إضافة إلى كونه الطبيب المعالج). إن أي علاقة أو التزام يستغل المرضى على نحو يفوق اهتمامات الطبيب الإكلينيكي الشخصية وعلى حساب المريض -أو يظهر أنه كذلك- هو أمر مُشكل. وهذه العلاقة الأخرى أو الالتزام الآخر يُمكن أن يحجب ويشوّش قدرة الطبيب الإكلينيكي على اتخاذ قرارت موضوعية سليمة، ويمكن أن ينشىء توقعات لكلا الطبيب والمريض اللذين يتدخلان في المعالجة (Knapp & Slattery, 2004; Slattery, 2005).

تختلف العلاقات المزدوجة في تأثيرها على المعالجة ودرجة خطورتها الإكلينيكية (Guthiel & Gabbard, 1993). يُمكن أن يَكون لانتهاكات الحدّ (مثل ممارسة الجنس مع المريض، أو استئجار المريض لتنظيف المنزل) عواقب مدمرة، ويجب أن يتم تجنبها دائماً. فهي ترتبط بالخطر المتزايد من الشكاوى الأخلاقية (Bennett et al., 2006).

إن اختراق الحد أقل خطورة ويمكن أن يكون مقبولاً حتى تحت بعض الظروف، كما في حالة تمديد فترة الجلسة العلاجية من حين لآخر للمريض الذي يمر بأزمة أو لمادة الكشف الذاتي لمساعدة المرضى على تحقيق أهدافهم العلاجية (Barnett, Lazarus, Vasquez, Moorehead-Slaughter, & Johnson, 2007).

ربما يصعب تجنب اختراق الحد في بعض الحالات، لكن –مثل انتهاكات الحدّ- يُمكن أن تنشئ توقعات غير واضحة، وتعكر عمليات التواصل، وأحياناً تترك المرضى يشعرون أنهم مستغلّون. أفاد لامب وكتانزارو (Lamb and Catanzaro, 1998) أن بعض المتخصصين الذين أبلغوا عن قيامهم ببعض أنواع من اختراق الحدّ (كالذهاب إلى الحفلة التي يعرف المعالج أن المريض يخطط أيضاً لحضورها، أو الكشف عن تفاصيل تتعلق بسبب الإجهاد الشخصي، أو البكاء أمام المريض، أو إعطاء المريض تذاكر غير صالحة للمسرح أو للتمارين الرياضة) كانوا أكثر عرضة للانشغال في علاقات جنسية مع المرضى. وهذا يلمح إلى إمكانية وجود "منحدر زَلِق" في المعالجة، والذي –ما إن مُشيَ عليه-، يزيد احتمالية الأفعال والتصرفات اللاأخلاقية. ورغم مجادلة عدد من الكتاب بأن الاستجابة للمريض بشكل مرن يُمكن أن تقوي العلاقة العلاجية، إلا أن الانحرافات عن المعايير المهنية يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار وتناقش بشكل مدروس مع الزملاء، أو المشرفين، أو المرضى قبل معرفة الحقيقة أو بعدها (Barnett, Lazarus, et al.,2007; Knapp & Slattery, 2004; Slattery, 2005; Zur. 2001).

لماذا يعتبر تجنب العلاقات المزدوجة -خاصة انتهاك الحدّ- هاماً؟ أفاد لامب وكتانزارو (Lamb and Catanzaro, 1998) أن حوالي (50%) من المتخصصين الذين كانت لهم سابقاً علاقات جنسية مع بروفسور (أستاذ جامعي)، أو مشرف إكلينيكي، أو معالج قد أبلغوا عن عواقب سلبية من تلك العلاقة. بالنسبة لبعضهم فقد انخفضت هذه العواقب مع الوقت، لكن ما يقارب الضعف ذكروا أن العواقب قد أصبحت أكثر سلبية. وسواء بدأت العلاقة الثانية قبل أو خلال أو بعد العلاقة العلاجية، فإن العلاقات المزدوجة يمكن أن تكون مدمرة للطرفين، ولعائلاتهم وأصدقائهم والمهنة. إن سمعة كلٍ من ذلك الطبيب الإكلينيكي والمجال ككل مُسَاوَمة (تتوسط) بواسطة انتهاك الحدّ واختراق الحدّ غير الملائم.

ممارسة إكلينيكية Clinical Practice

لا تريد داريا أن تكون فظةً، لذا فقد دعت مريضها السابق الذي كان يرتجف بشكل واضح حينما يتكلم عن انهيار زواجه للانضمام إليها وإلى ابنها على الغداء. كيف ترى تصرفات داريا؟ إذا رأيت أن هناك مشكلة في تصرفاتها، فكيف تعالجها داريا بشكل أخلاقي أكثر؟

* * * *

يعيش سام (Sam) في مجتمع صغير، حيث من عادة الناس أن يقدموا هدايا العطلة إلى الأصدقاء والمعلمين والأشخاص الآخرين الذين يرغبون بشكرهم. وقد تلقى سام هدية عبارة عن صورة طفل

وعددٍ من صحون الكعك. وتلقى أيضاً من مريض آخر ساعة يد منقوشة جميلة، تُشبه تلك التي رَغب بالحصول عليها لكنه لم يستطع دفع ثمنها. هل قبول ساعة اليد عمل أخلاقي؟ هل قبول الصور والكعك عمل أخلاقي؟ لِم نعم أو لِمَ لا؟ ماذا يجب أن يفعل؟

الحساسية تجاه الفروق والاختلافات (Sensitivity to Differences)

الطبيب الفعال الكفؤ حساس للفروق في العرق والدرجة والثقافة والطبقة الاجتماعية والجنس والتوجه الجنسي والدين والعوامل السياقية الأخرى. وهذه الحساسية تحسن التقييم والتشخيص وعمليات المعالجة، وتقوي التحالف العلاجي. إن حساسية الأطباء الإكلينيكيين لقضايا الفروق والاختلافات الثقافية تمنح منافع سهلة وملائمة الاستخدام كاحترام الفروق والاختلافات وأنظمة الاعتقاد والعادات، إضافةً إلى أن هذه الخدمات حساسة للفروق والاختلافات الثقافية كتزيين مكاتبهم بطريقة تعكس انفتاحهم على الناس من الثقافات الأخرى، وهذه الخدمات تراعي أيضاً القضايا الثقافية بينما يطورون الأهداف وخطط المعالجة.

تُعد الحساسية تجاه الفروقات (الاختلافات) قضية متعددة الأبعاد. فعلى سبيل المثال، قد توظف وكالة (هيئة) في حي لاتيني بشكل مميز وتفضيلي موظفين ناطقين بالإسبانية، وتشجع الموظفين الآخرين على تطوير مهاراتهم اللغوية وفهم الثقافة اللاتينية، وقد تحتوي غرفة الانتظار على مجلات ومدونات وأوراق عمل باللغتين الإنجليزية والإسبانية. إن فهم الطبيب الإكلينيكي للثقافة اللاتينية يزيد من حساسيته لفهم الكيفية التي قد تبدو بها الشخصية المعيارية ثقافياً بدلاً من ذلك كمشكلات بالحدود (Cooper & Costas, 1994). انظر جدول (3.5). إنهم يُسمون ويحددون ويناقشون الاضطهاد والتحيز والتمييز (التعصب) بوصفها تؤثر على حياة المرضى ومعالجتهم (Slattery, 2004).

إن اتجاه الحساسية الثقافية اتجاه عامٌ بدلاً من اتجاه واحد محدد لعنصرية معينة أو أقلية عرقية. وتتضمن بعض القضايا المتعددة التي ينظر إليها بعين الاعتبار فيما يتعلق بالحساسية للفروق الأمور الآتية: هل يعيق المكتب عملية الوصول بشكل فاعل؟ إضافةً إلى الطريق المنحدر أو المصعد، هل الممر بين الأثاث واسع بشكل كافٍ لكرسي متحرك؟ إذا تواجد أطفال في العيادة فهل الكراسي والديكورات مناسبة ومثبتة لهم؟ هل يشعر المرضى الرجال بالارتياح في مكتب زهري اللون ومزخرف؟

لماذا تعتبر الحساسية تجاه الفروقات هامة؟ من المحتمل أن المعالجة ستخرج عن مسارها دون وجود هذه الحساسية؛ لأن المرضى سيعتقدون أن الأطباء الإكلينيكيين لا يفهمونهم وغير مستعدين لبذل الجهد لعمل ذلك (Pope & Keith-Speigel, 2008). بالإضافة الى أن الفرق القوي بين المرضى والأطباء الإكلينيكيين قد يجعل الأطباء الإكلينيكيين الذين ليس لهم حس ثقافي يفرضون

وجهات نظر مستبدة ثقافياً على مرضاهم تتصادم مع تطوير التعاطف، ويُضعِفُ –الفرق القوي– العلاقة العلاجية، ويقود الأطباء الإكلينيكيين إلى وضع أهداف غير مناسبة وأحياناً مثبطة.

ممارسة إكلينيكية Clinical Practice

كشف باو(Beau) في الجلسة الرابعة من العلاج أنه شاذ، مع أنه أشار بوضوح أن هذا ليس مشكلة بالنسبة له، وليس له علاقة بتاريخ نوبات الاكتئاب المتكررة لديه. ومع ذلك، بدأت مرشدته مارسي (Marcee)، التي تعتبر الشذوذ الجنسي خطيئة تبعاً لاعتقاداتها الشخصية والدينية، بدفعه واستحثاثه نحو هذه القضية. كان باو مستاءً ومنزعجاً وقدم شكوى الى مشرفها. ما هو الدليل الذي يقنعك بأن أفعال المرشدة مارسي أخلاقية؟ غير أخلاقية؟ ماذا يجب عليها أن تفعل عند هذه النقطة لكي تتصرف بأخلاقية أكبر إذا كان ذلك ضرورياً؟

* * * *

تَقَبَّل هانك (Hank)، الذي لا يتكلم إلا الإنجليزية، بتردد المريض الذي يتكلم اللغة المندرينية (اللغة الصينية الشمالية) فقط، وذلك بسبب عدم وجود مرشد يتكلم هذه اللغة في مجتمعة- علماً بأن أقرب مرشد يستطيع التكلم بهذه اللغة يقطن على بعد (125) ميلاً والمريض الجديد لا يعرف القيادة. وجد هانك مترجماً مقبولاً ومرحباً به من قبل عائلة المريض. ما هي الأشياء الأخرى التي على هانك أن يأخذها بعين الاعتبار؟ هل يعتبر قبول هذا المريض أخلاقياً؟

موازنة حقوق المريض بالمتطلبات القانونية والأخلاقية
Balancing Client Rights with Ethical and Legal Requirements

> **لأن كل عمل من أعمالنا له بُعدٌ عالمي وتأثير محتمل على سعادة الآخرين، فإن الأخلاق ضرورية كوسائل لتأكيد أننا لا نؤذي الآخرين.**
> **The Dalai Lama**

للمرضى حقوق أثناء مسار المعالجة، كما تقدم في بداية هذا الفصل، وهذه الحقوق منصوصٌ عليها في قانون حقوق المستهلك، والمصادق عليه من قبل تسع منظمات لمقدمي الرعاية النفسية (Canter, 1998). وقد ورد في هذا الفصل العديد من هذه الحقوق، ومنها أن الناس الذين يتلقون الرعاية النفسية لهم الحق في أن يتلقوا المعالجة باحترام وكرامة، وأن يتلقوا معالجة كفؤة، وأن يكونوا مندمجين ومشتركين بفاعلية في بدء اتجاه العلاج. ولهم الحق أيضاً بمعرفة تكلفة المعالجة، والمخاطر المتوقعة والمعالجات البديلة، واتخاذ القرارات بالاستناد إلى هذه المعلومات، واحترام ثقافتهم، وحفظ المعلومات المتعلقة بطبيعة

معالجتهم السرية، وعدم الكشف عنها إلا بموافقة منهم.

تبدو بعض هذه الحقوق واضحة على الورق وغير قابلة للنقاش، إلا أنها تصبح أكثر تعقيداً في العالم الحقيقي. يصف هذا الفصل عدة أمثلة من العالم الواقعي من أجل بيان الخلافات والتعارضات المحتملة التي يحتاجها الأطباء الإكلينيكيون لحل ومواصلة وصف مدى الاعتبارات القانونية والأخلاقية التي يجب أن يأخذوها بعين الاعتبار.

فرض قرار تاراسوف ف. ريجنتز (Tarasoff v. Regents)من جامعة كاليفورنيا واجباً يقتضي على تحذير الضحايا المعروفين من الخطر. وفي هذه الحالة، أخبرت إحدى المريضات في مركز الإرشاد في الجامعة طبيبها النفسي أنها تنوي قتل صديقتها السابقة. أخذ الطبيب هذا التهديد بجدية، وحاول إرسالها إلى المستشفى (Bennett et al., 2006). تراجعت المريضة في معالجتها بعد محاولات باءت بالفشل، وقام مشرفو الطبيب النفسي بمنعه من انتهاك الخصوصية والسرية لتحذير الضحية المقصودة، وهي تاتيانا تاراسوف (Tatiana Tarasoff). ولسوء الحظ، قتلت المريضة صديقتها تاتيانا. رفع والدا تاتيانا دعوى قضائية ضد الطبيب النفسي بسبب فشله في تحذير ابنتهم من الخطر، وأشارت محكمة كاليفورنيا العليا أنه عندما "يشكل المريض خطراً جدياً على الآخرين، فإن المعالج يتحمل واجب الرعاية المسؤولة لحماية الضحية المتوقعة من ذلك الخطر (Quoted in Ewing, 2005, p. 112). إنّ حماية الضحية المقصودة يُمكن أن يتحقق بعدة طرق تتضمن تحذير الضحية؛ وعلى أية حال، فإن معالجة القضية في العلاج أو تغيير وتيرتها أو التركيز في العلاج غالباً ما قد يكون كافياً (Bennett et al., 2006). إن واجب التحذير هذا لا يطبق في المواقف التي لا تكون فيها الضحية معروفة (مثلاً: شريك جديد بعلاقة جنسية لشخص ما ويحمل مرض نقص المناعة المكتسبة - الإيدز).

على الرغم من أن عنفاً بهذا الحجم قليلاً ما يحدث، إلا أن حالة تاتيانا أثارت عدداً من القضايا، أولاً: وضعت حدوداً للسرية؛ إذ إن السرية أُبطلت في هذه الحالة بسبب وجود تهديد خطير وجدّي بالعنف. ثانياً: تتطلب المعالجة الكفؤة للمريض العنيف -من ضمن الأشياء الأخرى- أن يتم إدراك منبئات العنف (أي كل ما ينبئ بوجود العنف)، والعلاقة بين العنف والانتحار، وأن يتم تطوير خطة علاجية بالاعتماد على التقييم الدقيق وأن يتم توثيق هذا التقييم ونتائجه بحرص (Bennett et al., 2006). ثالثاً: قد تقل مشاعر الخيانة المحتملة عندما يتم وصف حدود الخصوصية والسرية خلال عملية الموافقة المسبقة، ومرة أخرى عند وجود الخطر. أخيراً اقترح قانون تاراسوف (Tarasoff Ruling) أن التطلعات الأخلاقية لعمل الخير وتجنب الضرر والأذى لا تشير فقط إلى الخير والأذى بالنسبة للمريض، بل للمجتمع كله أيضاً.

انبثقت مشاكل مشابهة في مواضع أخرى أدت إلى طرح عدة تساؤلات، منها: متى يتوجب على الأطباء الإكلينيكيين انتهاك الخصوصية والسرية بإخبار والدي المريض المراهق أمر ارتباطه بسلوكات خطيرة مثل استخدام عقاقير ترويحية؟ كيف يؤثر انتهاك السرية على كل من العلاقة العلاجية واستقلالية ومسؤولية المراهق المتطورتان؟ كيف يُمكن للطبيب الإكلينيكي استخدام عملية الموافقة المسبقة لتعزيز النقاش حول ماهية المعلومات التي يمكن الكشف عنها وكيفية حدوث هذا الكشف (Behnke, 2007)؟ كيف يمكن أن تستخدم هذه المعضلة (المشكلة) لتعزيز استقلالية المراهق والعلاقة مع الوالدين؟

غالباً ما يتم موازنة تعزيز استقلالية المريض بالاعتبارات الأخرى التي تتضمن المحافظة على أمن الآخرين وبناء العلاقة العلاجية، إذ يمكن أن تنهار استقلالية المريض بالتدخلات والكشف عن المعلومات السابقة لأوانها (Rowe, Frey, Bailey, Fisk, & Davidson, 2001). وكما سيتضح في المناقشة مع أندريا بيتس لاحقاً، فإن المرضى الذين يدخلون المستشفى عنوةً يبقى لهم الحق برفض المعالجة (Schopp, 2001). ولسوء الحظ، فإن السماح للأشخاص غير المستقرين نسبياً في نظام السجن أو المحكمة برفض المعالجة قد مَدّد فترة سجنهم الواقعي في بعض الحالات لمدة تزيد عن مدة سجنهم جراء الجريمة التي ارتكبوها (Annas, 2004; Heilbrun & Kramer، 2005; Sell v. United States).

قد يُولّد العمل مع الشاذين جنسياً والمتدينين تعارضات ومنازعات أخلاقية مشابهة بشأن قرارات المعالجة. إذ لم يعد الشذوذ الجنسي مُعرّفاً من قبل منظمات الصحة النفسية السائدة على أنه اضطراب نفسي، ويجادل الكثير من الأشخاص على أنه متغير عادي للسلوك الجنسي الإنساني (Haldeman, 2002). إضافة لذلك، فهناك إجماع دالٌ وهامٌ بين متخصصي الصحة النفسية على أنه وبالرغم من أن السلوك الشاذ جنسياً يُمكن أن يتغير، إلا أن التوجه الشاذ جنسياً مقاوم جداً للمعالجة، ربما ما عدا بين ثنائيي الجنس (M. E. P. Seligman, Walker, & Rosenhan, 2006). لاحظ هالدمان ((Haldemanأن مرضاه الذين مروا مسبقاً بتحولات علاجية علاجية واجهوا نتائج عكسية خطيرة كنتيجة لخبراتهم، بما في ذلك الاكتئاب المتزايد، واختلال الوظائف الجنسية وصعوبات المحافظة على العلاقات. ورغم هذه القضايا، فقد دافع هالدمان عن حق الشاذين جنسياً المتدينيين باختيار معالجات تتسق مع معتقداتهم الروحية بما في ذلك اللواطيون والسحاقيون؛ فالدين هو "الجانب المركزي المنظم للهوية التي لا يستطيع الفرد التخلي عنها، حتى إذا كان ذلك يعني التضحية بالتوجه الجنسي في العملية" (p.262). كيف يستطيع الفرد أن يكون مستجيباً للأبحاث المنشورة حول التوجه الجنسي (الكفاءة)؛ ويتحدى الخوف والإجحاف والتمييز

العنصري الذي قد يجلب المرضى للمعالجة يعرضهم للخطر (العدالة الاجتماعية)؛ ويبقى كذلك حساساً لأهمية الدين في حياة المرضى (الحساسية تجاه الفروق)؟

كيف فشلوا في حماية أسرتنا منها؟

How Could They Fail to Protect Our Family from Her?

أندريا ييتس Andrea Yates

في العشرين من حزيران (2011)، وعندما بلغت أندريا السادسة والثلاثين من عمرها، أخذت أولادها الخمسة الذين تبلغ أعمارهم (7 سنوات، 5 سنوات، 3 سنوات ، 2 سنة، 6 شهور) إلى غرفة الاستحمام، وأغرقتهم جميعاً في حوض الاستحمام، ثم وضعت أربعة منهم في أسرّتهم وغطتهم بملاءات. قال زوجها رُستي ييتس (Rusty Yates) بعد ذلك: "لم ندرك أنها تشكل خطراً ... كيف تكون شديدة المرض ولم يَقُم المجتمع الطبي بتشخيص حالتها ومعالجتها وحماية أسرتنا منها؟ .(Quoted in Roche, 2002a, para. 51)

مع أن تصريحات السيد ييتس يمكن أن تكون ماكرة وتخدم مصالحه الذاتية، ومخطط لها كي تؤطره على أنه ضحية الوضع الطبي، إلا أن السؤال الذي طرحه يبقى هو السؤال المهم. للسيدة ييتس تاريخ نفسي هام: كانت من حادثة ذهانية، وأدخلت إلى المستشفى مرتين، ولها محاولتي انتحار بعد إنجاب ابنها الأصغر. لقد عانت من الاكتئاب مبكراً في حياتها بعد انهيار علاقتها مع زوجها، وبعد موت والدها بجلطة قلبية، وربما بعد عملية الإجهاض في عام (1998). أفادت السيدة ييتس أنها كانت تعتقد أنها تعاني من اضطراب عاطفي (تأكل كثيراً ثم تجبر نفسها على التقيؤ) عندما كانت في الكلية.

على الرغم من أن العديد من النساء تزرق بعد الولادة، إلا أن القليل منهن يصبن بالاكتئاب، والأقل بالذهانية. على أية حال، كانت الأعراض التي تعاني منها السيدة ييتس هامة وذات دلالة وخارجة عن الاستجابات الاعتيادية لما بعد الولادة. عندما أُدخلت المستشفى بعد ولادة ابنها قالت:

> كان عندي خوف من أن أتسبب بإيذاء أحد ما .... وفكرت أنه من الأفضل أن أنهي حياتي وأمنَعَ الأذى .... كان هناك صوت، ثم صورة سكين ..... كان ثمة رؤية في ذهني ... احصلي على سكين، احصلي على سكين ... وثمة رؤية لشخص يطعن... وتتكرر الرؤيا" (as quoted in Thompson, 1999, p. 1).

كانت رؤيتها الأولى بعد ولادة ابنها الأكبر، ولكنها كانت "تطردها" (O'Malley, 2004, p. 38). تكررت ذات الرؤيا أكثر من عشر مرات رغم وجود تباين في القصص التي سردتها مع الوقت.

تعاني السيدة ييتس من مجموعة من الأعراض التي تجاوزت وهم الشعور بالذنب، والوساوس القهرية، وتصور الانتحار والقتل الذي كان محط اهتمام الصحافة. وقد أشار طبيبها في عام (1999) بأنها كانت "صامتة"، "منسحبة ومشبوهة "مع "وجود تخلف شديد الحركة" (Starbranch. 1999, p.2). كانت تعاني من خدوش ذاتية في الذراعين والساقين، ودائماً تمسك فروة رأسها أو تشد شعرها كَ"ردة فعل عصبية" (Thompson, p.2). أخبرت السيدة ييتس الدكتور رسنك -الطبيب النفسي الذي يدافع عنها- أنها تعتقد بوجود كاميرا للمراقبة في منزلها تراقب أمومتها السيئة لأشهر قبل إغراق أولادها، وأن التلفاز يتحدث أحياناً إليها وإلى أولادها. قالت السيدة ييتس:

حسناً ... في صباح يوم ما كان الأطفال يأكلون الحلوى، والتلفاز موضوعاً على ... كرتون ... و .. وظهر وميض عند مشهد كوميدي- كانت الشخصيات الكرتونية تتحدث معنا وتقول: "مرحباً، يا أطفال، لا تأكلوا كثيراً من الحلوى". كان مجرد وميض، ثم عاد البرنامج. (A, Yates, in O'Malley, 2004, p. 155).

أخبرت السيدة ييتس للدكتور رسنك أيضاً أنها سمعت صوت الشيطان: "صوت عميق يدمدم ويذكر اسمي" (p.155). وأشار الدكتور ستاربرانش (Dr. Starbranch) للسيدة ييتس على أنها واحدة من "بين الخمس حالات الأكثر مرضاً - والأصعب للخروج من الذهان- من الحالات التي عالجها" (Starbranch, in O'Mally, 2004, P. 177).

كانت علاقة السيدة ييتس مع بداية العلاج النفسي مختلطة في أحسن الأحوال. وبعد دخولها إلى المستشفى في عام (1999) أخبرها الدكتور ستاربرانش بأن أي حمل آخر من المحتمل أن يسبب حالة سيئة من اكتئاب ما بعد الولادة. ومع ذلك رفضت السيدة ييتس دواء (Zyprexa) عندما علمت أنه مضاد للذهان، وكانت تأخذ أدويتها الأخرى بشكل متقطع. وهذا التردد قد يتعلق جزئياً بحقيقة أنها كانت مرضعة، وفي جزء آخر قد يتعلق بعدم ثقتها العميقة بالأدوية النفسية. وصفت السيدة ييتس دواء (Hadol) والذي يعتقد زوجها أنه معجزة على أنه "مصل الحقيقة" الذي يجعلها تفقد السيطرة (Roche, 2002b). وأُعفيت السيدة ييتس من المعالجة الخارجية المكثفة، وتوقفت في نهاية المطاف عن أخذ أدويتها ورؤية الباحث وطبيبها النفسي والأخصائي الاجتماعي.

عندما أُدخلت السيدة ييتس المستشفى عام (2001)، شعرت أنها سحبت من السيارة وأُدخلت قسراً وفي هذا الدخول الأخير تم تعديل أدويتها مراراً بالزيادة أو النقصان مما قاد زوجها إلى التخمين بأن انخفاض دواء (Effexor) تسبب في انهيارها الذهاني (R. Yates, 2004). وكما هو ضروري غالباً، فقد بدأ طبيبها الجديد -الدكتور سعيد (Dr. Saeed)- بمعالجتها قبل الحصول على سجلاتها الطبية. عندما قرأ الدكتور سعيد السجلات الطبية أشار بأنه "لا توجد معلومات

جديدة" (Roche, 2002b, p. 49). ورغم مرور عشرة ايام حتى بدأت السيدة بيتس بتغذية نفسها مرة أخرى، وكانت صامتة في المستشفى، إلا أن الدكتور سعيد أشار إلى عدم وجود دليل على مرض الذهان "الهوس"، وأزال عنها مضادات الذهان لأنه اعتقد أنها كانت تواجه بعض الحركة في الوجه، وهو تأثير جانبي عَرضي لدواء (Haldol).

أغرقت السيدة بيتس أولادها بعد (37) يوماً من خروجها من المستشفى، وبعد (13) يوماً من آخر مرة أخذت فيها دواء (Haldol). وكانت قد رأت طبيبها النفسي قبل يومين فقط من قتل أولادها.

1. ما الأسئلة الأخلاقية، إن وجدت، التي انبثقت في ذهنك وأنت تقرأ حول هذه الحالة؟ ماذا يجب أن تعمل –إن كان هناك شيء- كمختص بالصحة النفسية للتعامل مع السيدة بيتس بشكل مختلف؟ لماذا؟
2. ما هي حقوق السيدة بيتس فيما يتعلق بالمعالجة؟ ماذا عن عائلتها والمجتمع؟ كيف تستطيع الموازنة بين هذه الحقوق؟ كيف يمكنها اتخاذ هذه القرارات؟
3. كيف توجهك المبادىء الطموحة التي أشار إليها كيتشينر(Kitchener, 1984) ومهنتك في اتخاذك للقرار؟

إدارة المخاطر Risk Management

ينتج عن كل تدخل إكلينيكي بعض الخطر المتعلق بالشكاوى الأخلاقية أو العمل القانوني، رغم أن ذلك الخطر يكون متدنياً إلى حد ما في بعض الأحيان. بعض الأفعال من جهة ثانية، يكمن الخطر بداخلها، بما فيها سوء التصرف والسلوك الجنسي، والعلاقات المزدوجة غير الجنسية، ومشاكل الرسوم والتأمين، وحضانة الطفل، والخصوصية والسرية، والكفاءة (Bennett et al., 2006). إن إدراك عوامل الخطر وخفض الخطر الإكلينيكي قبل تطور المشكلة هو استراتيجية إدارة مخاطر هامة في الممارسة الأخلاقية.

وصف بينيت وزملاؤه (Benett et al., 2006) الخطر الإكلينيكي على أنه دَالّة لأربعة أنواع من المتغيرات: المريض (المسترشد)، والسياق (المحتوى)، والتدخل، والطبيب الإكلينيكي (انظر جدول 2.1). وبناءً على ما تقترحه هذه الصيغة فإن معالجة الدكتور سعيد لأندريا بيتس كانت محفوفة بالمخاطر، لأن أفعاله كانت أدنى من المعايير المهنية وذلك عندما أخفق في طلب سجلاتها الطبية السابقة، وقيّم بشكل غير ملائم مُجازفتها بتعريض نفسها والآخرين (المريض، والسياق، وطبيعةالتدخل) لخطر الأذى. أما تقييم بارك ديتز(Park Dietz's) الجنائي للسيدة بيتس فقد كان محفوفاً بالمخاطر بشكل جذري لأنه كان محاولة خطرة جدلية وواضحة جداً (المريض، والسياق،

وطبيعة التدخل)؛ ومن جهة ثانية، زادت مجازفته ومخاطرته بشكل كبير بواسطة كل من العوامل المتعلقة بالطبيب الإكلينيكي، والتي تتضمن تقديره الخاطئ بأن الحلقة التلفزيونية (القانون والنظام)، كانت تنشر وتثير الجرائم (ومثل هذه الحلقة لا تعرض) وافتقاره للمعرفة بقانون تكساس للصحة النفسية (Hays, 2002). ربما أسهمت مستويات الضغط والإجهاد الشديدة ومشاعره تجاه الأم التي قتلت أطفالها بأخطائه، وعَرّضت كفاءته للشبهة في هذه الحالة، وزادت من مجازفته.

جدول (2.1) العوامل التي تؤخذ بعين الاعتبار عند إجراء تقييمات لخطر الشكاوى الأخلاقية أو العمل القانوني

أ. **العوامل المتعلقة بالمريض (المسترشد): تشخيص حالة المريض وخاصة اضطرابات الفصام أو الشخصية، وخطره على نفسه أو الآخرين، وتاريخ الإساءة للطفل، والسجل الأمني (الأسبقيات)، والثروة.**

ب. **طبيعة التدخل: خاصة في العلاقات الجنسية وغير الجنسية، وتقييمات الحضانة، وفقدان الثقة، ومشكلات الكفاءة، ومشكلات الهجر.**

ج. **السياق: وبالذات الأماكن التي يتم فيها التعرض بشكل أكبر للقانون (مثل: أداء المعالجة مع مجموعة كبيرة أو في المستشفى)، بعض المصادر القانونية والإكلينيكية (مثل: الممارسات مع مجموعة صغيرة أو فردية)، نوع الخدمة (مثل: تقييم الحضانة)، عند وجود علاقة متعددة (مثل: صديق، قريب أو شريك جنسي).**

د. **العوامل الإكلينيكية: وتعتمد على معرفة الطبيب الإكلينيكي، والمهارات، ومصادر الانفعال، والخبرة والتجربة عند نقطة معينة من الوقت، والربط بين هذه العوامل ومريض معين.**

ملاحظة: عُدّلت من قبل بينيت وزملاؤه (Bennett et al., 2006).

يُمكن للأطباء الإكلينيكيين القيام بعدد من الأمور لخفض مخاطر الشكوى الأخلاقية أو الإجراءات القانونية؛ إذ يُمكنهم إجراء تقييم دقيق لعوامل الخطر والتأكد من أنهم يمتلكون متطلبات المقدرة والمهارات الشخصية والانفعالية لأداء تدخل معين أو العمل مع المريض المعني. ويمكنهم أيضاً فحص سياقاتهم، وتحديد العوامل التي تزيد المخاطر الإكلينيكية وتلك التي تخفضها، والقيام بأمور من شأنها إدارة عوامل الخطر هذه في هذا المكان. إضافةً لما سبق، يُمكن للأطباء الإكلينيكيين طلب استشارات من نظرائهم من الأطباء الإكلينيكيين أو طلب الإشراف عند تحديد المشاكل المحتملة، ويمكنهم توثيق قراراتهم والإجراءات التي يقومون بها والأعمال بحرص ودقة، بما في ذلك أساسهم المنطقي والعقلاني المتعلق بقراراتهم (Bennett et al., 2006). ويُمكنهم كذلك الاستماع والاستجابة لمرضاهم باحترام وبتعاطف. لقد أشار يونجرين وجوتليب (Younggren & Gottlieb, 2008) إلى أن "المستهلكون الناجحون ليس لديهم أي سبب لرفع الشكاوى أو الدعوى القضائية" (P. 105).

العلاج مماثل للصداقة ومختلف عنها بذات الوقت

Therapy is Similar to But Different from Friendship

إن مشاركة الفرح سواءً بشكل جسدي أو نفسي أو عاطفي أو عقلي يُشكل جسراً بين المشاركات التي يُمكن أن تكون الأساس لفهم الكثير عما هو غير مُشارك بينهم، ويقلل التهديد الناجم عن فروقاتهم واختلافاتهم.
Audre Lorde

اقتبس أودر لورد (Audre Lorde) تضمينات منها أن البعض من مهام وأدوار الإرشاد والعلاج النفسي مماثلة للصداقة. على أية حال، الصداقة بشكل عام ليست مصممة أو مبنية من أجل تقديم التغيير (Frank & Frank, 1993). ورغم أن الصداقات يمكن أن تكون "علاجية"، ويمكن للعلاج أن يكون "ودوداً"، إلا أن العلاقات المزدوجة مع المرضى هي نصائح مريضة ولا أخلاقية. وكما نوقش سابقاً –فإن توقعات المنافسة للعلاقات المزدوجة يُمكن أن تسبب مشاكل بالغة في المعالجة (Pope, Sonne, & Holroyd, 1993; Pope & Vasquez, 1998; Slattery, 2005).

إن جزءً من التضاد الذي قد يواجهه المرضى بخصوص الصداقة المقابلة للعلاقة العلاجية هو أن كلاهما يمنح حميمية، ودعماً، وبيئة واضحة؛ ومن جهة أخرى، فالصداقة مسعى متبادل (Fehr, 2004) مع الأصدقاء الذين يستمعون ويدعمون بعضهم بعضاً. وعلى الرغم من أن عمليات الكشف الذاتي الإكلينيكية تتم في المعالجة، ويُمكن أن تكون نافعة، إلا أن عمليات كشف المريض عن نفسه هي أكثر تكراراً وعمقاً بشكل نسبي. وفي الواقع، قد يعرقل كشف الطبيب الإكلينيكي العميق جداً عن نفسه العلاج، في حين أن الكشف عن الذات بمستويات عالية في علاقة الصداقة "عندما تكون المرحلة مناسبة" يُمكن أن يُعمّق رابطة الصداقة ويقويها.

عادةً ما تكون مهام وأهداف الصداقة والعلاقات العلاجية مختلفة. إذ يصف الناس غالباً الأصدقاء على أنهم أشخاص يقدمون المساعدة والدعم لهم (Fehr, 2004). ويعتقد الأصدقاء غالباً أن عليهم إخبار أصدقائهم بما يودون سماعه فقط، ويتجنبون بأي شيء "يزعجهم" (Slattery, 2005). وعلى الرغم من أن المرضى غالباً ما يشعرون في البداية بالخجل والقلق عندما يكشفون عن أنفسهم أثناء العلاج، إلا أنهم يكسبون في النهاية الأمان ويشعرون بالفخر والأصالة لأنه قاموا بذلك (Farber et al., 2004). وفي الحقيقة، يعد كشف المريض عن نفسه جزءاً هاماً من العلاج. وعلى الرغم من أن الأصدقاء لا ينبغي لهم عادةً تحدي بعضهم بعضاً، إلا أن التحدي مهمة علاجية هامة في الغالب (Slattery, 2005). أخيراً، رغم أنه يجب على الأطباء الإكلينيكيين أن يتعلموا ويزدادوا خبرة في عملية العلاج (Yalom, 2003)، إلا أن المعالجة تركز على، وتُجرى، بشكل أساسي لمنفعة ومصلحة المريض.

وبإيجاز، رغم أن الإرشاد والعلاج غالباً ما يتمّان بشكل ودّي، إلا أن الهدف منهما لا يكون الصداقة بحد ذاتها، بل استخدام العلاقة العلاجية لمساعدة المرضى على تطوير علاقات أخرى لتلبية احتياجاته (Slattery, 2005). إن مساعدة المرضى عملٌ يطور المُدّعمات الأخرى لتعزيز استقلالية المريض بدلاً من الاعتمادية العلاجية (الاعتماد على المعالجة).

استراتيجيات الاستجابة للمشكلات الأخلاقية ومنعها
Strategies for Preventing and Responding to Ethical Proplems

لا يستطيع العلم حل النزاعات الأخلاقية، لكن يُمكنه أن يساعد على تأطير النقاش بشكل دقيق حول تلك النزاعات.
Heinz Pagels

لا يوجد فصل أو كتاب يمكن أن يعطي القارىء إجابة لكل المعضلات الأخلاقية. فعلى سبيل المثال، أفادت الجمعية الأمريكية للإرشاد (Glosoff & Kocet, 2005)، بأنه غالباً ما سيكون هناك فروقاً معقولة في الرأي فيما يتعلق بالقيم والمبادئ والمعايير الأخلاقية التي يجب أن تكون مطبقة عند مواجهة المعضلات الأخلاقية "(p. 6). ونتيجة لذلك، يجب أن يكون لدى الأطباء الإكلينيكيين استراتيجية للاستجابة للمعضلات الأخلاقية التي ستصمد أمام الفحص العام الدقيق (Bennett et al., 2006). وامتلاك مثل هذه الاستراتيجية هو واحد من أهم استراتيجيات إدارة المخاطر لحماية شهرة الشخص ومنع الدعاوى القضائية (Bennett et al., 2006) . ويحدد هذا الجزء العديد من الاستراتيجيات التي يُمكن أن تساعد –معاً– على إدراك ومنع المشكلات الأخلاقية، ويكمل الفصل الرابع عشر هذا النقاش المتعلق بالأخلاق.

يمنع الأطباء الإكلينيكيون ذوو الكفاءة والفاعلية وقوع المشكلات المحتملة مسبقاً؛ فهم مستعدون لإدراك المشاعر الصعبة للمريض (كالغضب والرعب والاشمئزاز والجذب الجنسي)، واستخدامها كمؤشرات للمشكلات المحتملة. إنهم يفهمون ويقدرون أن تلك المشاعر يُمكن أن تكون ذات عواقب، لكنهم أيضاً يفهمون ويقدرون أنه بإمكانهم أن يكونوا مصدراً علاجياً عندما تواجه وتعالج تلك المشاعر بسرعة وبشكل جيد (Pope & Tabachnik, 1993). ويتنبه الأطباء الإكلينيكيون كذلك إلى مجموعة من السلوكات والانفعالات التي توحي أنهم قد يتحولون إلى أدوار غير علاجية تتضمن سلوك الوالد أو الصديق أو الضيف أو المضيف أو المشرف على الرعاية (Slattery, 2005). على سبيل المثال، قد يتحول دور طبيب العائلة الذي ينظم شؤون الأطفال بشكل منتظم خلال الجلسات بدلاً من ترك الآباء يقومون بذلك إلى دور والدي يُمكن أن يُقلل من قيمة المعالجة.

تقدم التفاعلات داخل مجتمع الفرد فرصاً متعددة للتفاوض وتجاوز الحدود. ويكمن التحدي الذي يواجهه الطبيب الإكلينيكي بأن يُحدد متى يكون اختراق الحدود معقولاً ومقبولاً ويلبي الأهداف

العلاجية ومتى يكون به إشكالية (Gutheil & Gabbard, 1993). يمكن أن يحضر الأطباء الإكلينيكيين إلى مكان الصلاة الذي يتواجد فيه مرضاهم، ولربما يكون أطفالهم ومرضاهم في نفس الفريق الرياضي، أو قد يرون مرضاهم في مقهى عام. إن العديد من الأطباء الإكلينيكيين الجيدين يعملون مع المرضى خارج نطاق مكاتبهم التقليدية، مما يُشكل تحدياً لحدود الرعاية الإكلينيكية المعروفة بشكل تقليدي (Knapp & Slattery, 2004). وبعض الأطباء الإكلينيكيين يزورون المرضى في البيت، أو يعملون في المدارس، أو السجون، أو بيوت الرعاية أو بيوت الجماعات. وقد يكون قرار العمل في هذه الأماكن مُحفزاً ومدفوعاً من خلال المرض أو حواجز التنقل، أو القرارات المتعلقة بمساعدة المرضى على ممارسة وتعميم المهارات التي تعلموها أثناء المعالجة، أو محاولات الوصول الى السكان الذين يصعب وصول الخدمات التقليدية إليهم.

إن الانتباه إلى أن السلوكات أو الأماكن التي تتعارض في أهدافها مع العمل الإكلينيكي يُمكن أن يمنع السلوك اللاأخلاقي. وقد حُددت بعض السلوكات العلاجية باستمرار على أنها غير ملائمة، ومنها الاشتراك بنشاط جنسي، وقبول هدايا كبيرة، والمقايضة، واستدانة النقود (Tabachnik, & Keith- Spiegel, 1988). بعض الأماكن؛ بما فيها المسارح، والسينما، والمطاعم المعتمة، وشواطئ السباحة، مُرتبطة بالتوقعات التي من المحتمل أن تتدخل بالعلاج. وهذه السلوكات والأماكن قد تربك طبيعة العلاقة -هل العلاقة مهنية أم حميمية أكثر؟

يُراقب الأطباء الإكلينيكييون الأخلاقيون معتقداتهم المتعلقة بممارستهم، وبشكل خاص بشأن اختراقات الحد. ويستطيع الأطباء الإكلينيكيون الذين يعتقدون أن ما يحصل خارج نطاق العلاج له عاقبة قليلة على المعالجة من أن يواجهوا المشكلات (Pope & Keith-Speigel, 2008). وبينما من المفيد أن تكون لطيفاً ومتسماً بالاحترام، إلا أن بعض المرضى قد يدركون ترحيب الطبيب الإكلينيكي لهم في الأماكن العامة على أنه تدخل في شؤونهم وتحطيم للخصوصية والسرية. وقد يُدرك أحد المرضى أن إصلاح وضع معطف المريض عمل لطيف بينما يُدركه آخر على أنه إغراء. إن اختراقات الحد هذه وغيرها يُمكن أن تملك معانٍ وعواقب مختلفة بالاعتماد على يلي:

- عوامل تتعلق بالمريض- عمر المريض، والعِرق، والحجم، والجنس، والتشخيص والمشكلات الحالية، وتاريخ الإساءة، والمهارات الاجتماعية.
- عوامل خاصة بالطبيب الإكلينيكي- عمر الطبيب الإكلينيكي، والعِرق، والحجم، والجنس والأسلوب التفاعلي، والمهارة الإكلينيكية.
- عوامل تتعلق بالسياق- المكان، وموعد الجلسة خلال اليوم، وطبيعة العلاقة العلاجية، وضغوطات الحياة لكل من الطبيب الإكلينيكي والمريض.

يتطلب البقاء خلوقاً بقاء الوعي بهذه العوامل، وإدراك الخطر الإكلينيكي المرتبط بالعمل المُعطى، واختيار كيفية القيام بذلك التقييم (Bennett et al., 2006; Pope & Keith-Speigel, 2008).

وحالما يدرك الطبيب الإكلينيكي الموقف الإشكالي، فقد اقترح بوبي كيث سبيجل (Pope and Keith-Spiegel (2008) الأخذ بعين الاعتبار أفضل وأسوأ المخرجات الممكنة، وتذكر أن المرضى لا يستجيبون بنفس الطريقة. فعلى سبيل المثال، أفعال الدكتور هيلبر لها مدى من المخرجات (النتائج) الإيجابية والسلبية على حد سواء (Slattery, 2004) (انظر جدول 2.2). ولو أن الدكتور هيلبر أخذ هذه المخرجات المحتملة بعين الاعتبار وبحث عن طرق أخرى لتلبية أهدافه العلاجية، فلربما اختار منهجية أخرى. هل كان هو الشخص الوحيد حقاً الذي قدم وظيفة لإدنا، والذي يستطيع التأكد من أنه النظام الداعم لها ولأسرتها، والذي يستطيع أن يزودها بالعلاج، والذي يمكن أن يصبح حبيبها؟ إن قراراته أدت إلى المشكلات، وذلك لأنها كانت بشكل أساسي حلولاً قصيرة الأمد قصيرة النظر، إذ حاول تلبية حاجاتها بنفسه بدلاً من تقويتها أو مساعدتها على التعرف إلى الاستراتيجيات المناسبة لتلبية حاجاتها بنفسها في ذلك الوقت وكذلك في المستقبل.

جدول (2.2)

إيجابيات وسلبيات سلوكات الدكتور هيلبر

السلبيات	الإيجابيات
توفير العلاج كبديل لخدمات التدوين • قد تشعر إدنا بالاستغلال، خاصة إذا لم يُثمن وقتهم المخصص للمعالجة والتدوين بشكل متساوٍ. • لم تكن إدنا بحاجة لتعلم طرق أُخرى لحل المشكلات عندما مُنِعَ الحل الأولي. • لم تجبر إدنا على قبول مسؤولية الطرق التي منعت بها الخيارات الأخرى (مثل: بواسطة رفض متابعة العلاج التطوعي).	• العلاج متوافر عندما لا يوجد غيره . • استقرت حالة إدنا وابنها نتيجة للمعالجة.
تقديم المجوهرات كهدايا كانت علاقتهما جنسية أكثر من خلال تقديم هدية تحمل -في ثقافتهما- دلالات رومانسية	• أقرّت أفعال الدكتور هيلبر بمساهمات إدنا المكتبية مع الهدية التي أمتعتها.
الدخول في علاقة جنسية • كانت العلامات الرومانسية والجنسية البديلة مُثبطة بشكل مقصود وغير مقصود. • كانت العلاقة الجنسية والعاطفية ومضطربة، وتساوم على هذه العلاقة والعلاقات المستقبلية. • بسبب تأثير العوامل المربكة على العلاقة، فإنها قد تترك كلاً منهما مضطرباً أكثر بشأن ماهية العلاج التي كان عليها وماهية علاقتهم الرومانسية. • تجنبت إدنا تعلم طرق للتفاعل مع الآخرين وتلبية احتياجاتها التي لا تعتمد على تدنيس نفسها والآخرين. • تدنيس علاقتهما العلاجية السابقة من الدكتور هيلبر وأعاق أن يكون معالجاً إذا كان ذلك ضرورياً في المستقبل. • بسبب الظلم الموجود مسبقاً في العمل والعلاقات العلاجية، فإن أحدهما أو كلاهما قد يشعر بأنه قد استفاد. • ربما تشعر عائلة الدكتور هيلبر بأنها مهجورة بما أن الدكتور هيلبر يحاول أن يلبي احتياجات عائلة إدنا.	• وجد كلاهما شريكاً رومانسياً وجنسياً يلبي احتياجاتهم في ذلك الوقت • ربما أفادت علاقتهما بمساواة القوة في علاقتهما (في بعض الطرق) ولمساعدة إدنا على إدراك حقيقتها.

ملاحظة: عُدّل من تحليل سلاتري لمصدر مجهول Slattery's (2004) analysis of Anonymous

قد يكون لاختراق الحدود عواقب محايدة أو حتى ايجابية. عندما يظهر أن المخرجات قد تكون مؤذية، فعلى الأطباء الإكلينيكيين أن يناقشوا الوضع مع المشرف، ثم وبشكل مفتوح وخالٍ من العدائية عليهم مناقشته مع المريض (المسترشد) (Knaap & Slattery, 2004: Pope, & Keith-Spiegel.2008). الاستماع للمريض والأخذ بوجهات نظره بشكل جدّي له على تقوية العلاقات العلاجية حتى في ظل الظروف الصعبة.

معرفة الذات كدليل للممارسة الأخلاقية

Self-Knowledge as a Guide to Ethical Practice

شخصية الطبيب الإكلينيكي هي مُحرك المعالجة، وطريقة مراقبة عمله وصحة ممارسته على حدٍ سواء. وكما وصف سابقاً، تعد الكفاءة هي متغيراً متعدد الأبعاد يتضمن المعرفة والمهارات، بالإضافة إلى الاتجاهات والقيم والحكم اللازم لتنفيذها جميعاً بشكل جيد (Barnett, Doll, et al., 2007). يُمكن أن يتقلب مستوى كفاءة الفرد؛ إذ أن بقاء الكفاءة يعتمد على بقاء الوعي بمستوى مهارة الفرد الحالية ووضعه الانفعالي (العاطفي)، وإدراك ما يُمكنه وما لا يُمكنه بشكل جيد في نقطة معينة. من المحتمل لو أن الدكتور هيلبر أدرك حساسيته العاطفية خلال فترة ما بعد موت مريضه، لكان اتخاذه للقرار أكثر وضوحاً. ربما أدرك الدكتور سعيد ضغوط العمل التي عمل تحتها، وأخذ بالحسبان كيف ساومت على قدرته في عمل تقييم قوي لأندريا بيتس وتعديله بعد استلام السجلات من سير المعالجة السابقة.

الطبيب العاقل واعٍ ذاتياً، ويُقيّم بشكل منتظم الوضع الحالي لمهاراته وقدرته واتجاهاته ونقاط القوة في شخصيته ونقاط الضعف، وبالذات عندما يكون لها تأثير على الممارسة الإكلينيكية (Bennett, et al., 2006). ولأن كل الأطباء الإكلينيكيين يمرون بفترات توتر وإجهاد، فإن هذا التقييم الذاتي يُمكن أن يساعدهم على إدراك تلك الأوقات والمواقف طوال الوقت، وعلى منع أو تقليل المشكلات المحتملة التي سيواجهونها. ويقدم الفصل الرابع عشر من هذا الكتاب المزيد من الاقتراحات الصريحة لتقييم ذاتي منظم.

أخيراً، تُعد العناية الذاتية المتسقة جزءً هاماً للبقاء خلوقاً. إذ يُنصح الأطباء الإكلينيكيون بأن يأخذوا بعين الاعتبار وضعهم الحالي ومقارنته بما يجب أن يكون ليقدم الأداء الأمثل. وبالنسبة للعديد من الأطباء الإكلينيكيين فـإن التمارين الرياضية المنتظمة والممارسة الروحية، وقضاء وقت مع الأصدقاء والعائلة، وممارسة الهوايات، والقراءة، وحضور المناسبات الثقافية يُمكن أن تكون جزءاً هاماً لبقائهم أخلاقيين. وسيتم مناقشة أهمية العناية والرعاية الذاتية والاستراتيجيات الخاصة ونحوها بشكلٍ أكبر في الفصل الخامس عشر.

الخلاصة Summary

يتطلب التصرف بشكل أخلاقي الوعي بالمعايير الأخلاقية ونتائج البحث المتعلقة بالسلوك الأخلاقي. وتصف المبادئ الطموحة أهداف العمل الأخلاقي، التي ربما لا يمكن مقابلتها، وهي المنفعة وعدم الإيذاء والإستقلالية والأمانة والعدالة الاجتماعية.

وعلى الرغم من أن المبادئ الطموحة تصف الأهداف للبلوغ إلى عمل الشخص، إلا أن المعايير الأخلاقية تصف سلوكات معينة لكي تعمله أو تتجنبه. لقد ناقش هذا الفصل خمسة معايير تتضمن: الموافقة المسبقة، والكفاءة، والعلاقات المزدوجة، والسرية، والحساسية تجاه الفروق والاختلافات.

يجب أن تتضمن الممارسة الأخلاقية أكثر من تطبيق المعايير الأخلاقية بطريقة تكرارية (Handelsman et al.,2005). ويجب أن تؤثر العوامل الأخرى وتصوغ قرارات الطبيب، وهي تتضمن: الإدراك والسيطرة على الخطر الإكلينيكي؛ وذلك بالانتباه إلى استجابات المرضى العاطفية، والدوافع للانشغال بسلوكات مشكوك فيها أو دخول أماكن للمعالجة، والإدراك والاستجابة للتشريعات القانونية حول سرية المعلومات الإكلينيكية (مثل: نقل التأمين الصحي وقانون المحاسبة(HIPAA)، وقوانين الدولة التي تنص على الإبلاغ عن الإساءة للطفل أو للمسنين، وقرارات المحكمة بشأن السلوكات الخطيرة، وقرارات المحكمة بشأن كيفية الإستجابة للمرضى الذين يكون خطرهم وشيكاً، ومدونة الأخلاق الشخصية للفرد، والمنهج النظري للفرد، ومتطلبات الوكالة أو المؤسسة، وتشخيص المريض وخطة المعالجة.

وللسلوكات اللاأخلاقية عواقب واسعة النطاق، قصيرة وطويلة الأمد. فعندما يتصرف الأطباء الإكلينيكيون بطريقة لاأخلاقية، فإن المرضى وعائلاتهم وأصدقائهم قد لا يسعون للمعالجة في المستقبل، حتى لو كانوا بحاجة لها أو-إذا طلبوا المعالجة- قد يتشككون بالخدمات المقدمة. وقد يفقد الأطباء الإكلينيكيون رُخص عملهم ومصدر رزقهم بعد الانشغال بسلوك لا أخلاقي حتى لو كانت نواياهم حسنة. أخيراً، عندما يخون الأطباء الإكلينيكيون ثقة العامة فإن المهنة تخسر مصداقيتها. يُمكن أن تقلل الاتصالات غير الدفاعية والمفتوحة والتعاطفية احتمالية الوقوع في الخطأ أحياناً (Pope & keith-Spiegel, 2008).

كيف تُطبق هذه القضايا في حياتك وعملك؟

إبدأ بتوسيع تفكيرك عن الأخلاق خارج صفحات هذا الكتاب:

1. اكتب "سيرتك الذاتية الأخلاقية" (Bashe et al., 2007). فكر بأسباب اختيارك للانضمام إلى المهن المساعدة وبما تسعى لتحقيقه. ما هي الأخلاق والقيم الشخصية التي توجه سلوكك؟ ما هي الخبرات التي لها تأثير على اتخاذ قرارك الأخلاقي الخاص؟

2. انتبه إلى ردة فعلك تجاه المعايير الأخلاقية. هل تعتقد أنها غير ضرورية أو متشددة؟ هل تشعر أنك تعرف بشكل أفضل عما هو مهم لمرضاك؟ ما الذي يوحي به تقييمك لنفسك لتقوم به من أجل تطوير مهنتك باعتبارك عضواً خلوقاً فيها؟

3. اكتب سيرة ذاتية عن العنف والنزاعات والغضب (D. Kossmann, personal communication, October 3, 2008) وانتبه لخبراتك ومعناها في عائلتك وعلاقاتك. استخدم هذه السيرة الذاتية لتعريف وتحديد أشكال العنف والنزاعات والغضب التي تكون حساساً تجاهها بشكل خاص، وتحديد استجاباتك الطبيعية لهذه المشاعر، والعوامل التي تحدد قدرتك على الاستجابة بشكل جيد. متى يمكن لردود أفعالك أن تكون مفيدة؟ كيف يُمكن لردود فعلك أن تسبب المشكلات؟ ماذا تعمل حتى تبقي نفسك بأمان في مثل هذه الظروف؟

4. فكر بسلوك الطبيب الإكلينيكي عندما تشاهد البرامج وتقرأ الروايات التي تصف الإرشاد أو العلاج؟ إذا كنت تعتقد أن شخصاً ما قد تصرف بطريقة لاأخلاقية، فما الذي يمكن عمله للتصرف بأخلاقية أكثر؟ إذا كنت تفكر بالسلوك الأخلاقي على أنه خروج من "انحدار منزلق"، لماذا يمكن للطبيب الإكلينيكي أن يعمل بشكل مختلف أولاً حتى يتصرف بأخلاقية؟

3 الفصل الثالث

آراء (وجهات نظر) عالمية مختلفة، عوالم مختلفة
Different Worldviews; Different World

إلى أين نتجه؟

1. ما هي الأراء (وجهات النظر) العالمية؟
2. كيف يتم التعبير عن الآراء العالمية؟
3. كيف يمكن إدراك الآراء العالمية التي تقوي عمل الفرد الإكلينيكي والتوافق العلاجي؟
4. كيف يُمكن للإخفاق في إدراك معتقدات وقيم وأهداف الفرد الخاصة أن يتداخل مع القدرة على العمل بفاعلية مع المرضى؟

نحن نتحدث عن حياة حقيقية
We Talk About Real Life

دوغ مودر Doug Muder

يحاول الوزير دوغ مودر المولود في الخمسينيات إيجاد معنى لآراء أفراد عائلته الدينية. ومن الممكن أن تُرى هذه الآراء الدينية إما كآراء مريحة أو مزعجة، ملزمة أو مفتوحة للنقاش. وبدأ يرى أن الطبقة والظروف الاجتماعية يؤثران على صيغة الدين الذي يتبناه أفراد العائلة، ومن خلال ذلك، على وجهة نظرهم) العالمية.

> أنا من الموحدين، لكن والداي ليسا كذلك. يبدو أن والديَّ مسرور إن لاتباعهما الجانب المحافظ من الديانة اللوثرية التي تربيت أنا وأختي عليها. فهذه الديانة تعلم الحقيقة الحرفية للإنجيل، وهي أن الله هو الحق الأحد القوي ... (Muder, 2007, p. 33).

كان والد السيد مضر عاملاً في مصنع علف للماشية، وكان يعمل لساعات طويلة، حيث كانت وظيفة مزعجة في عالم قاسٍ أفقدته حاسة السمع. إنه يذهب إلى العمل لأنه مجبر على توفير قوت العائلة.

كانت حياة شقيقة السيد مضر أسهل. لقد كانت تدرس في الكلية، ومن ثم أصبحت متخصصة، وتزوجت من مهندس يتطلب عمله البحث عن طرق نظيفة لحرق الفحم .

كان عمل زوج شقيقته شاقاً، لكنه كان واثقاً به ويعتبره مهماً؛ لذا عَمِل لساعات طويلة وسافر كثيراً. وبالإضافة إلى عمله كان مسؤولاً مالياً في الكنيسة .. لقد كانوا يجمعون الأموال للمبنى الجديد، وهو يعتبر هذا مهماً. وفي نفس الوقت كان أبناؤه، أبناء شقيقتي، يدرسون في المدرسة الابتدائية لهذا كان قلقاً عليهم؛ لأنه لم يمضِ وقتاً كافياً معهم.

العمل، الكنيسة، العائلة –كل جزء في حياته يحتاج منه الكثير، فماذا عليه أن يفعل؟ في صباح اليوم التالي ذهبت مع عائلتي الى الكنيسة، وكان موضوع الخطبة التي استغرقت عشرين دقيقة (مقاومة الشهوات)، وقد لخصت الخطبة بثلاث كلمات: "لا تكن سيئاً".

شعرت بالفخر ذلك الصباح لأنني عرفت أن (إد) سيكون أفضل حالاً في الكنيسة التي أنتمي اليها. نحن نتحدث عن الحياة الحقيقية، عن حياته الحقيقية. لا يحتاج (إد) ليُقال له ألا يكون سيئاً. لم تكن قضيته الخير مقابل الشر، بل كانت الفضيلة مقابل فضيلة أخرى ومقابل نوع ثالث من الفضيلة. (Muder, 2007 p. 30).

بالرغم من أن السيد مضر يعتقد أن الكنيسة التي ينتمي اليها كانت أكثر صلة بحياة زوج أخته، إلا أنه لم يستطع استخلاص هذا الاستنتاج لوالده. لقد ساعد التدين السيد مضر على أن يجد غرضه، ويجيب عن الأسئلة المهمة في حياته، ويتخذ قراراته حول نوع الفضائل التي يتوجب عليه اتباعها. لكن لم يكن الاختيار من بين المسارات الجيدة الفاضلة قضية والده: "لأن المصنع لم يكن منافساً جيداً. لقد كان بالضرورة شراً" (Muder, 2007,p. 30)

واجه السيد مضر فرصاً في حياته، وشجع الكثير من اتباعه المتخصصين أطفالهم على أن يجدوا شيئاً ما يقومون بعمله في حياتهم التي يحبونها:

الإلهام هو الطريق إلى النجاح. إنه طريقة الخروج من المتاهة، أو هو على الأقل طريقة للخروج، إنه الطريقة الذكية ... على مستوى العمل، يُعتبر ضبط النفس هو الطريق إلى النجاح، وهذا هو ما ترغب بتعليمه لأبناءك: مقاومة الشهوة .. السير في مسار ضيق. اعمل الشيء الصعب الذي لا ترغب بعمله، فإنك لن تُعاقب أنت والأشخاص المحسوبين عليك (Muder, 2007, p.37)

إنه قَلِقٌ بسبب اللاهوت القاسي للكنائس المحافظة، إذ "تُبَرِّرُ القسوة في هذا العالم، لكن الرابط بين اللاهوت القاسي والعالم القاسي يسير في كلا الطريقين. إذا عشت في عالم قاس، فالكنيسة بلاهوتها القاسي تتحدث عن حياتك" (Muder, 2007, p. 37). لم تكن الخيارات ذات الطابع الترفي مناسبة لأبناء الطبقة العاملة، وللعالم الحقيقي الذي سيواجهونه. "أي كنيسة تتحدث عن العالم الذي تعيش فيه؟ أي رسالة تود أن يسمعها أطفالك؟ أي كنيسة تعطيك مجموعة معتدلة من التعليمات التي تحتاجها للخروج إلى العالم؟ " (P. 37).

1. السيد مضر وزير في الكنيسة اللوثرية، بينما والده وزوج شقيقته ينتميان إلى الكنيسة اللوثرية المحافظة. كيف يفسر السيد مضر هذه الاختلافات لنفسه؟ كيف ينظر والده وزوج شقيقته إليه وإلى آرائه الدينية؟ لماذا؟
2. انظر إلى جدول (3.1) للبدء بمراعاة تأثير وجهة نظرك العالمية على عملك مع المرضى. كيف يمكن أن تؤثر نظرتك إلى الدين والروحانية على عملك؟
3. كيف يؤثر وعيك بآرائك (وجهات نظرك) العالمية الدينية والروحانية وآراء مرضاك على قدرتك على التواصل معهم بشكل تعاطفي؟

الآراء (وجهات النظر) العالمية Worldviews

نحنُ كما نفكر. إننا ننشأ ومعنا أفكارنا ونصنع العالم بأفكارنا
Atrributed to the Bud-) dah, as cited in Koltko- (Rivera, 2004, p. 3

تحدث بكثرة في خبرة الفرد أكثر من الإحساس به أو فهمه أو تذكره. يستجيب الناس بشكل نشط لهذه الكمية ننشأ ومعنا الساحقة من المعلومات من خلال تصفيتها وتنظيمها عبر إطار فهمهم (رأيهم العالمي) الذي يتضمن المعتقدات، والقيم، والأهداف (Ivey, Ivey, & Simek-Morgan, 1997; Janoff-Ulman, 1989; Koltko-Rivera, 2004; Slattery, 2004). تسمح الآراء العالمية للناس بمراقبة وملاحظة واقعهم الحالي، وتخيّل واقع بديل، وترجمة الماضي، وتوقع المستقبل، وتوجيه سلوكهم تبعاً لذلك. وتعني عملية الفلترة (التصفية) أن أي شخصين -بما فيهم السيد مضر ووالده- يمكن أن يظهر كل واحد منهما في نفس الموقف، ومع ذلك يكون إدراك الموقف مختلفاً.

جدول (3.1): الاهتمام بأدوار الدين والروحانية في حياتك وممارستك.

1. **ما أنواع الخبرات التي مررت بها عبر حياتك والمتعلقة بالدين والروحانيات؟ هل هي إيجابية بشكل أولي أم سلبية أم مختلطة؟**
2. **ما المعتقدات والقيم الخاصة -إن وجدت- الأكثر أهمية بالنسبة لك الآن؟ كيف يُمكن أن تكون مصدراً للترابط أو النزاع بينك وبين مرضاك؟**
3. **كيف تنظر إلى الطبيعة البشرية؟ هل ترى الناس كأفراد خيرين أم شريرين أم الاثنين معاً؟**
4. **هل تعتقد أن الناس لديهم إرادة حرة؟ هل يستطيع الناس صنع خياراتهم الخاصة أم أن أفكارهم وعواطفهم وسلوكاتهم مُحددة ومقيدة بواسطة قوى خارجية؟ كيف يمكن أن يؤثر هذا على عملك مع المرضى؟**
5. **لماذا، برأيك، تحدث الأشياء السيئة؟ هل تُرجِع حدوث الأشياء السيئة إلى الله عز وجل أم إلى الأرواح الشريرة أم الخيارات السيئة أم الخطايا أم السمعة أم الحظ؟ كيف يمكن أن يؤثر هذا على الكيفية التي ترى بها مرضاك؟**
6. **بأي طرق تعتقد أن الدين والروحانية يُمكن أن يكونا مصدر قوة لمرضاك؟ بأي طرق تعتقد أنها يُمكن أن تكون مصدراً للضعف؟**
7. **ما أنواع المرضى أو المشكلات التي تتضمن الدين والروحانية والتي تتوقع أن تشكل التحدي الأكبر لك؟ ما هي الأكثر جذباً؟ لماذا؟**

ملاحظة: عُدل من (Fukuyama & Sevig. 1999)

وعلى الرغم من أن الآراء العالمية ضرورية لإعطاء معنىً للعالم، إلا أنها يمكن أن تحدد ما الذي يأخذه الفرد منها. فالأفكار والخبرات التي لا تناسب رأي الفرد العالمي بسهولة يمكن إخضاعها لتتواءم مع القناعات السابقة أو حتى المسبقة. فعلى سبيل المثال، قد يُدهش الناس عندما يقوم الآخرون بعمل شيء لطيف أو عندما يفشلون في ملاحظته على الإطلاق؛ لأنه لا يناسب رأيهم العالمي.

ربما هم ساذجون -يفترضون أن كل شخص يمتلك نوايا حسنة- ويتحدثون عن المشكلات في علاقاتهم باستمرار دون ربطها مع مستوى تفكيرهم السطحي.

يُعتبر الانتباه إلى آراء الفرد العالمية وإلى آراء الآخرين أمر مهمٌ في كثير من الأماكن، لكن بشكل خاص جداً في العمل الإكلينيكي. إن إدراك الآراء العالمية وتأثيراتها القوية يزيد من قدرة الفرد على تطوير تعاطفه مع الآخرين. وعندما يفهم الأطباء الإكلينيكيين آراء (وجهات نظر) المرضى العالمية، فإنهم يجدون أنه من الأسهل تشكيل علاقات علاجية إيجابية وقوية معهم، وأنه يُمكن ربط التدخلات مع معتقدات مرضاهم وقيمهم وأهدافهم وأساليب تفكيرهم بشكل أكثر سهولة ويسراً (Kim, Ng, Ahn, 2005).

مكونات الرأي (وجهة النظر) العالمي: معتقدات وقيم وأهداف عالمية
Components of Worldview: Global Beliefs, Values, and Goals

نحن نقتنع عادة بالأسباب التي وجدناها بأنفسنا بسهولة أكثر من تلك التي حدثت للآخرين.
Blaise Pascal

تتألف الآراء العالمية من معتقدات الفرد عن جوانب كثيرة من العالم، والتي تتماشى مع قيمه وأهدافه؛ أي أن للآراء العالمية تضمينات واسعة المدى في حياة الناس. فعلى سبيل المثال، يُمكن أن تؤثر المعتقدات المتعلقة بالتحكم والسيطرة على محاولات المرء واستمراره في مجموعة واسعة متنوعة من المهام (Bandura, 1997). العديد من المعتقدات إما ما قبل الشعور أو لاشعورية -وذلك يعني أنها قد تكون متوافرة (موجودة) إذا رُكز عليها بشكل مقصود، لكنها نادراً ما تحضُر إلى الوعي. أما المُعتقد الأقل توافراً (وجوداً) فهو للوعي اللاشعوري، ومن أقل المحتمل أن يُدرك ذلك المُعتقد ويُتحدى.

والقيم هي أيضاً جوانب مهمة من الآراء العالمية؛ إذ تشير إلى القيمة التي يعينها الأفراد لحالات ومواضع ممكنة متنوعة، وهي غالباً ما تسبق الشعور (ما قبل الشعور)، وغير قابلة للاختبار، وصعبة التغيير (Maio, &Olson, 1998; Rokeach & Ball-Rokeach, 1989). تؤثر القيم على مدى واسع من السلوكات والخيارات البشرية، وتصف أنماطاً من السلوك (مثل: أن تكون أميناً، أو متعاوناً، أو مؤدباً). وعلى الرغم من أن القيم لا يُمكن أن تُرى بشكل مباشر، إلا إنها تنعكس في سلوك المرء وكلماته وأفكاره.

توجه القيم الأهداف نحو المستقبل، فالأهداف تمثيل داخلي للعمليات الداخلية والأحداث والمخرجات المرغوبة (Austin & Vancouver, 1996). تتضمن أهداف الحياة العامة العلاقات،

والعمل، والثروة، والمعرفة، والإنجاز (Emmons, 2005)، وتُنَظَم الأهداف هرمياً، حيث أن أهداف المستوى العالي أهداف للمستوى المتوسط والمتدني (Vallacher & Wegner, 1987). وتحظى الأهداف المتوسطة أكبر قدر من الاهتمام الواعي والخطط النموذجية المباشرة والأنشطة والسلوكات (Austin & Vancouver, 1996).

والآراء العالمية ليست ثابتة، بل تتغير عبر التطور الطبيعي بالإضافة إلى الخبرات المؤلمة. ويميل الناس إلى مواجهة القلق الذي يعود سببه إلى الغموض والتغير، مُفضلين استيعاب المعلومات الجديدة إلى نظرتهم الشخصية الموجودة بدلاً من إعادة التصور المفاهيمي الأساسي لوجهات نظرهم العالمية (تكييف وتوفيق) (Accomadationg; Brennan, 2001; Ginzburg, 2004; Hart, Shaver, & Goldenberg, 2005). يُمكن أن تتحول الآراء العالمية من خلال عرضها فقط إلى أفكار جديدة وأشخاص جدد. فعلى سبيل المثال، يستطيع الطلبة الذين يذهبون الى الكلية للمرة الأولى أن يبدؤوا برؤية أنفسهم على أنهم أكثر كفاءة وقدرة كنتيجة لحياتهم التي يعيشونها باستقلالية، وأن يصبحوا أكثر تحملاً وتسامحاً عبر تفاعلهم مع زملائهم ذوو الثقافات المختلفة، وأن ينموا بحرية أكثر بعد تعرضهم لآراء عالمية مختلفة وجديدة. من ناحية أخرى، تثير الصدمة تغييرات كبيرة في الآراء العالمية، متضمنة مشاعر العجز واليأس وفقدان المعنى والهدف. ويُمكن أن تؤكد الصدمة على الافتراضات غير القادرة على التأقلم (مثل: "أنا بلا قيمة وستحصل لي أشياء سيئة حتماً")، ولكنها يُمكن أن تؤدي أيضاً إلى نمو ما بعد الصدمة، بما في ذلك التغييرات الإيجابية في القيم والأولويات والمعنى (مثال: نتيجة لهذه الخبرة، أصبحت أقوى وأكثر إشفاقاً تجاه معاناة الآخرين") (Ai & Park, 2005; C. L. Park, 2004; C. L. Park & Folkman, 1997).

وعلى الرغم من أن الآراء العالمية مهمة في حد ذاتها، إلا أن التناقضات والنزاعات الموجودة فيها متساوية الأهمية. ولأي سبب، فإن السلوك يمكن أن يتعارض مع المعتقدات والأهداف والقيم الهامة. فمعظم الأشخاص يمتلكون قيماً منافسة تظهر بوضوح في سياقات مختلفة (مثل: في العمل والبيت) أو يرغبون بهدفين منافسين (مثل: الأمومة والإنجاز). وينظر إلى ذكريات الماضي والتأملات المرتبطة باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) على أنها محاولات لحسم تناقضات المعتقدات، فعلى سبيل المثال: "يجب أن أثق به" و"لا يُمكنني الوثوق بأحد" (Gray, Maguen, & Litz, 2007). يُمكن أن تكون هذه النزاعات والتناقضات يمكن أن تكون مهمة للتمييز والعمل من خلالها في المعالجة (Slattery & Park, in press a, b).

آراء عالمية في سياق العلاج
Worldview in the Context of Therapy

لن تفهم أبداً شخصاً ما بشكل حقيقي حتى تُدرك الأمور من وجهة نظره.
Harper Lee

لا يوجد إجماع فيما يتعلق بالمظاهر الأساسية للآراء العالمية. اقترحت بعض النظريات وجود مجموعة صغيرة من الأبعاد؛ كالخير والسيطرة، تَشملُ العناصر الحاسمة للنظرة العالمية (Ibrahim, 1985; Janoff-Bulman, 1989; Slattery, 2004; D. W. Sue & Sue, 2002). ومن خلال أخذ المنهجية المعاكسة نجد أن كولتكو-ريفيرا (Koltko-Rivera, 2004) قد وضع أنموذجاً من (42) بعداً للرأي العالمي، وذلك ليلتقط وبشمولية اتساع الخبرة البشرية. إن أنموذج كولتكو-ريفيرا (Koltko-Rivera) مكتمل إلى حد ما، لكنه غير مفيد في الممارسة. ويَظهرُ لاحقاً أن الأبعاد المُناقشة هي حل وسط بين هذين الطرفين. لقد قمنا باختيار هذه الأبعاد الخاصة بسبب ارتباطها بالعملية العلاجية، أما مادة الحالة فقد قُدِمت لدعم الممارسة في فهم اختلاف الآراء العالمية.

العلاقات البينشخصية Interpersonal Relationships

لا يوجد شيءٌ مثل المجتمع، إنه الأفراد الرجال والنساء وعائلاتهم فقط.
Margaret Thatcher

العلاقات البينشخصية –مع الأصدقاء والعائلة مع الأطباء الإكلينيكين على حد سواء ـ هي غالباً بؤرة هامة للمعالجة. كيف يعامل المرضى أطبائهم الإكلينيكيون، وطاقم العمل في المكتب، والآخرين الموجودين هناك، وفي حياتهم؟ من يتعامل جيداً معهم؟ وكيف تتم معاملتهم؟ تؤثر المعتقدات المتعددة على العلاقات البينشخصية، والتي تتضمن تلك العلاقات المتعلقة بنمط التعلق، والسلطة والعلاقات الفردية/الجماعية.

نمط التعلق: يستجيب الأطفال الرضع، بشكل عام، للضغط الإجتماعي (دخول شخص غريب أو اختفاء من يرعاه) بواحدة من طرف ثلاث (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). يتفاعل الأطفال المتعلقون بشكل آمن مع مقدمي الرعاية ومع الأشخاص الغرباء على حد سواء، ويضطربون إذا ما تركهم مقدمو الرعاية، ولكنهم يهدؤون بسرعة حين عودتهم، وهذه هي الطريقة الأولى، أما الأطفال ذوو نمط التعلق القلق فهم يضطربون عندما يتركهم مقدمو الرعاية، ولكنهم يصابون بالتوتر والقلق حتى حين يعودون، وهذه هي الطريقة الثانية. أما الثالثة فإن الأطفال ذوو نمط التعلق التجنبي فهم منفصلون، ويظهرون تعلقاً ضئيلاً أو اضطراباً بغض النظر عمن هو موجود؛ مقدم الرعاية أو الشخص الغريب.

تُنبئ أنماط التعلق في مرحلة الطفولة بأنماط تعلق البالغين في العلاقات العاطفية (Hazan & Shaver, 1987; Mikulincer, 1998). البالغون ذوو نمط التعلق الآمن مرتاحون في العلاقات، ولذلك يُمكنهم تَحملُ البُعد عن شريكهم العاطفي، أما البالغون ذوو أنماط التعلق القلقة فهم مهددون بالانفصال عن شريكهم، ولأنهم غالباً ما يُدركون كأشخاص متمسكون بالآخرين وبحاجة لهم فإنهم يملكون علاقات ضعيفة. يمتلك البالغون ذوو أنماط التعلق التجنبية ثقة غير مريحة ويحبون الاقتراب من شخص ما، وتنزع علاقاتهم إلى أن تكون قصيرة الأمد وبعيدة. إن التهديدات الوجودية (مثل: الموت، أو المرض، أو الفشل، أو الفقد) تزيد من مشاعر الضعف ومن الاستجابات الدفاعية، وخاصة بين الأشخاص ذوو أنماط التعلق القلقة (Brennan, 2001; Hart et al., 2005). وقد يستنتج الناس بعد مثل تلك التهديدات) "من الذي يرغب بي ويريدني؟"، من الذي لي؟".

السلطة: كيف يتوقع المريض أن يرتبط بالعالم؟ يتوقع البعض وجود علاقات هرمية، مع قائد معروف واضح وسلسلة من الأوامر، بينما يريد الآخرون مشاركة وتفاعلاً متساوياً بوجود قيادة دورية أو متساهلة (Koltko-Rivera, 2004). يختلف بعد السلطة عبر الثقافات والأفراد معاً. غالباً ما يوصف الأمريكيون الآسيون والأمريكيون اللاتين والأمريكيون الأصليون بأنهم يفضلون العلاقات الهرمية مع رجال يملكون قوة وسلطة أكثر من الأطفال، ومع نساء يملكون مستويات قوة متوسطة أكثر (D. W. Sue & Sue, 2003). ويختلف الأفراد ضمن الثقافة الواحدة على هذا البعد، فبينما يُقدّر الأمريكيون الأوروبيون غالباً بشكل كبير الطرق الأكثر حزماً ومساواة، إلا أننا نجد بعضهم يُظهر أيضاً تعاوناً نسبياً، ويشتكون من رموز السلطة ومن محاولة إرضاء الناس. ففي الولايات المتحدة، من جهة أخرى، غالباً ما يُشار للأشخاص الذين يتبنون الطريقة الأخيرة بأنهم "تابعون" (Bornstein, 2005).

يختلف المرضى في تفضيلاتهم بشأن مباشرة المعالجة. فالمرضى الذين يفضلون مزيداً من العلاقات المتساوية قد يستاؤون من الطريقة الاستبدادية، لأنهم ربما يرون الأطباء الإكلينيكيين المتسلطين عندما يطبقون تلك الطريقة غير كفؤين. البعض الآخر من المرضى ربما يفضلون العلاقات الهرمية والمباشرة، فعلى سبيل المثال، يعد الأمريكيون الآسيويون الذين يفهم أطباؤهم الإكلينيكيون وينسجمون مع نظرتهم العالمية الهرمية والجماعية أكثر احتمالاً للشعور بأنهم مفهومون، ولتطوير تحالف علاجي أكثر إيجابية (Kim et al., 2005). ومثل هؤلاء المرضى ربما يدركون الأطباء الإكلينيكيين غير النشطين والذين يوجهون التعليمات على أنهم غير كفؤين.

إنّ تفضيلات المرضى للعلاقات الهرمية والجماعية تملك جوانب سلبية ممكنة يجب على الأطباء الإكلينيكيين توقعها ومواجهتها. ربما يتردد المرضى بعدم الموافقة على معالجة الأطباء الإكلينيكيين، وقد يخفون المشكلات ما لم يُسألوا عنها مباشرة. قد يرى الأطباء الإكلينيكيون هذا النمط السلوكي

كنمط مقاوم أو سلبي، لكنه في الواقع يكون معياراً ثقافياً ومحترماً (Chen & Davenport, 2005; O'Connor, 2005). وبالرغم من أنه يجب على الأطباء الإكلينيكيين معرفة أنهم خبراء المعالجة، إلا أن شين وديفينبورت (Chen and Davenport) يشجعانهم على التواصل مع مرضاهم -خاصة الأمريكيين الآسيويين- الذين هم (المرضى) خبراء بخبرتهم وتجربتهم الخاصة.

تختلط السلطة مع عوامل أخرى لدى العديد من الناس- مثل الإحسان، أو القوة، أو الإعداد والصدمة، أو الامتياز غير المكتسب (L. S. Brown, 2004; Miller, 2005). ويجب أن تُحدد هذه المعاني المرافقة للسلطة، وتُتحدى في المعالجة -عند اللزوم- عندما تُسبب المُشكلات أو تُبقي عليها. وهذه يمكن أن تكون عملية صعبة. ويشير ميلر (Miller) إلى أن هذا يحث على تجاهل ألم ومعاناة المريض لأن التحقق من صحتها يلغي أن تصبح واعياً أيضاً بالإسهامات الاجتماعية الحقيقية وبالامتيازات، والسلطة، والقوة التي يتمتع الأطباء الإكلينيكيون بأن مرضاهم لا يملكونها.

الفردية/الجماعية: تخيل مثلاً أن سارة تودّ الذهاب إلى الكلية لتتخصص في مجال التعليم، لكن عائلتها تحتاج مساعدتها في توفير دخلٍ للأسرة (أي أن تعمل). كيف تُحل مثل هذه الأزمة بين أهداف الأفراد وأهداف الجماعة؟ تؤكد الفردية على تحقيق الذات، والاعتماد على النفس، والحقوق الشخصية، والخصوصية، والمنافسة، والتوجه للإنجاز، والبعد النفسي عن أفراد العائلة والمجموعة، والمتعة الفردية (Oyserman, 1993; Triandis & Gelfand, 1998). ويقترح الذين ينادون بالفردية أنه يجب على سارة أن تأخذ بعين الاعتبار حاجاتها الخاصة في قرارها المتعلق بكليتها وتخصصها، بينما يضع مؤيدو الجماعية الأولوية لأهداف الجماعة بدلاً من الفردية، ويركزون على الاعتمادية بدلاً من الاستقلالية، والروابط العائلية فوق البعد العاطفي، والاجتماعية فوق تلبية الحاجات الفردية. إن الثقافات الفردية تؤكد على التأمل الذاتي (الاستبطان). بينما لا تؤكد الثقافات الجماعية على ذلك، بل تركز على الاهتمام والمحافظة على المعايير الاجتماعية. لو امتلكت سارة نظرة عالمية أكثر جماعية عند الاختيار بين الدراسة والعمل، لركزت على حاجات عائلتها وتجاهلت رغباتها وحاجاتها الخاصة.

مصادر المعلومات
Sources of Information

يختلف الناس بشكل ملحوظ في الأساليب التي يتخذونها لفهم العالم. يركز البعض بشكل أساسي على بياناتهم الحسية، بينما يركز البعض الآخر على أشكال السلطة، أو العلوم، أو المصادر الروحية للتعلم عن العالم (Slattery, 2004). ربما يرفض أو يظهر الناس العداء علناً للأنواع الأخرى من

المعلومات أو التفسيرات. إنَّ تقييم أنماط المرضى لفهم العالم يُمكن أن يساعد الأطباء الإكلينيكيين في إيجاد طرقٍ لتأطير التدخلات الإكلينيكية (Shafranske, 2005).

ولطرح مثال على ما سبق، فإن الأشخاص الآتيين يصفون شعورهم بالاكتئاب بشكل مختلف.

تشريل : يراودني الاكتئاب كل خريف عندما تصبح ساعات الأيام قصيرة. ويبدو أن شعوري بالاكتئاب ينتابني بسوء كل سنة تقريباً وخاصة في نفس الوقت الذي توفيت فيه أمي (ملاحظة حسية).

جستين: الاكتئاب اضطراب جيني يصيب العائلات ويؤثر على الكاتيوكولامينات الموجودة في الدماغ. وهنالك دليل هام على أن العقاقير تزيد من وجود الكاتيوكولامينات التي تقلل الاكتئاب. ما هو الدليل على مضاد الاكتئاب الذي تقترحه؟ (معلومات علمية).

توشا: تقول أمي أن النساء في عائلتنا يصبن بالاكتئاب في سن اليأس (سلطة عائلية).

مارجين: أُصلّي من أجل الخلاص من الاكتئاب. أنا أتناول دواء (Prozac) الذي وصفه لي الطبيب، لكن الاكتئاب سينتهي بإرادة الله (سلطة دينية).

إنَّ هذه التفسيرات لا تشير إلى أي تناقضات، فمارجين -على سبيل المثال- استمعت للسلطات الطبية أيضاً، على الرغم من أنها تشك بنصيحتهم. غالباً ما يعتمد الناس على بعض الأساليب التي تكون على حساب الآخرين. وربما يعتمدون أيضاً على مصادر خاصة بالمعلومات في بعض المواقف، لكنهم يستخدمون مصدراً آخر في المواقف التي تبدو لهم أكثر ارتباطاً (مثل: العَالِم الذي يعتمد على الملاحظات والطريقة العلمية في العمل، لكنه يستخدم نصيحة والدته في القرارات الوالدية (القرارات المتعلقة بتربية الأبناء)).

خير وأمان العالم والأشخاص الآخرين

Safety and Benevolence of the World and Other People

يعتبر خير وأمان العالم جانبٌ مهمّ غالباً من المعتقدات العالمية للمرضى (Janooff-Bulman, 1989; Prager & Solomon, 1995). هل يرى المرضى العالم كمكان خَيِّر وأمان ؟ هل يعتبر عالمهم خطراً بوجود الآخرين الذين يمكن أن يؤذوهم؟ غالباً ما يُعاني المرضى ذوو الخبرة الحاسمة حيث يرون الآخرين كأشخاص غير آمنين أو مؤذيين لهم من الصعوبة الوثوق بالآخرين والنظر لهم على أنهم ثقات (Thomas,2005). إن كيفية رؤية الناس للعالم من حولهم أمرٌ مرتبط بالثقة، أي بمشاعرهم تجاه الأمان البينشخصي.

قد يكشف الناس عن معتقداتهم بشأن خير العالم من خلال سلوكهم. ما هو مدى اتساع أفقهم الشخصي؟ كم هو البعد الذي يفصل المرضى عن بعضهم بعضاً في غرفة الانتظار؟ كيف يتواصلون بصرياً، ومتى يتجنبون ذلك؟ ما الذي يحدث عندما يلمس بعضهم بعضاً صدفةً؟ إنّ مراقبة هذه السلوكات يُمكن أن تُقدم إشارات هامة عن علاقات الثقة البينشخصية للمرضى وإحساسهم بالخير الموجود في العالم.

لماذا تحدث الأشياء السيئة؟ Why Bad Things Happen?

يستغرب الأشخاص الذين يدخلون العلاج غالباً حدوث الأشياء السيئة لهم(Janoff-Bulman, 1989). وقد يصبحون أكثر اكتئاباً أو تشاؤماً، أو يستنتجون أن العالم بلا معنى، أو يعتقدون أن الحياة متقلبة. يُمكِن للصدمة أن تحطم الأمل المسبق والآراء المتفائلة عن العالم، لكن يُمكنها أيضاً أن تقود إلى إحساس أكبر بالمعنى (Prager & Solomon, 1995).

وصف ليرنر (Lerner, 1980) "نظرية العالم فقط"، ومغزاها الاعتقاد بأن الناس يحصلون على ما يستحقون ويستحقون ما يحصلون عليه. فعلى سبيل المثال، خلال الحديث عن زوج آنا مكلوي (Anna McCloy)، الناجي الوحيد من كارثة التعدين ساجو (Sajo)، أثارت آنا عبارة "العالم فقط-Just World" بينما كانت تنتظر اكتشاف مصيره:

> كان يخبرني دائماً أنه بغض النظر عما سيحدث، فهو يعرف أن مهنته خطرة، وأنه إذا حدث شيء ما سينجو لأن له طفلان وزوجة يحبهم ويعتني بهم. (Gately, 2006, para.11, italics added).

يعزو أشخاص آخرون الأحداث إلى سلوك الشخص بدلاً من شخصيته (Janoff-Bulman, 1989). وبناءً على وجهة النظر هذه فإنّ الأحداث تحدث بسبب عوامل إما أننا نقوم بتحريكها أو أننا نُخفق في منعها. وبناءً على "نظرية العالم فقط" فإنّ هذا الرأي (وجهة النظر) العالمي يقود الضحايا (وعائلاتهم وأصدقاءهم) الى لوم أنفسهم (أو الضحية). هذا اللوم يعود لأسباب مختلفة، لكن على أية حال، الكثير مما "ينبغي أن يكون يُمكن أن يكون" بدلاً من أن يكون بسبب أنهم يرون أنفسهم كأشخاص سيئين. وهذا هو تَميّز إكلينيكي مهم. إن عزو المشكلات إلى السلوك بدلاً من الشخصية يُوفر إحساساً بالسيطرة ويمنع الاكتئاب (Shapiro, 1989, 1995). بالإضافة إلى أنه يُقدم أهدافَ تغيير سلوكية أوضح عند التخطيط لأهداف المعالجة.

وعند وصف ما حدث في كارثة تعدين ساجو (Sago)، وما الذي ينوون القيام به من أجل عودة العمل إلى مساره، فقد استخدم السيد هاتفيلد من مجموعة الفحم العالمية بعض مساهمات العالم فقط (أي "الأشخاص الطيبون")، ولكنه ركز أيضاً على سلوك الشركة وعمال المنجم (أي "عمل الشيء الصحيح"):

نحن أشخاص عاملون بجد نعتمد على الأشخاص الجيدين للقيام بعملهم. ونحن نعتقد أننا استقطبنا عمال مناجم ماهرين يرغبون بجعل هذه الشركة ناجحة. ونحن نرغب بجعل هذه الشركة ناجحة. لذا سنعمل ما بوسعنا لتحفيز الجهود بغية تحقيق هذه الغاية.

لكن الأشخاص الذين يعملون في هذه الشركة ويعرفوننا، ويعرفون فريق الإدارة، ويعرفون أن اهتماماتنا هي عمل الشيء الصحيح حماية أفرادنا على أفضل ما نستطيع في هذا العمل الخطير (News Conference With COE of International Coal Group, 2006, papa; 62-63).

أخيراً، قد يظن آخرون أن مصيرهم يرجع إلى أحداثٍ تمت بالمصادفة، وأن الحياة عشوائية، وأنه ما من طريقةٍ لإعطاء معنى عندما تقع المحن (Janoff-Bulman, 1989).

تضمنت عبارة السيد هاتفيلد معنىً لذلك عندما علّق "أن العمل خطر نوعاً ما". تركز التعليقات الآتية على عدم القدرة على التنبؤ وعلى عشوائية الحياة:

ريك كاسكي: (يدير برنامجاً تكنولوجياً عن التعدين في كلية مجتمع): هناك دائماً أشياء لا يُمكنك أن تتنبأ بها. أنت تعرف أن غاز الميثان لا رائحة له ولا لون ولا طعم (Samson, 2006, para.14).

مارك بوبرناك: (الناجي من حادثة تعدين كويكريك –Quecreek، وعند التحدث معه عن كارثة ساجو قال): لا يوجد الكثير مما يُمكننا عمله الآن بشكل صحيح عدا الصلاة (A. Cooper, 2006, para. 138).

يستخدم الناس غالباً اعتقاداتهم الروحية لتفسير سبب حدوث المحن والصدمات، مع أن الناس مِن المعتقدات الدينية المختلفة قد يقدمون تفسيرات مختلفة ويصلون إلى معان مختلفة (C. L. Park, 2005). يُمكن لأحداث الحياة السلبية تحطيم أنظمة صنع المعاني للمرضى المتدينين وغير المتدينين على حد سواء (Brennan, 2001). ربما يسأل المرضى المتدينون "لماذا أنا يا رب؟"، ويخسرون إيمانهم. أما المرضى غير المتدنيين فربما يتحدون دعم الافتراضات مسبقاً عن العالم ويبدؤون بالبحث عن المعنى والروحانية أو غيرها. ويُمكن أن تُغير الصدمة أو تقلل من التوقعات حول المستقبل (Ai & Park, 2005)، أو كما هي خبرات فيكتور (Viktor Frankl) (Auschwitz)، تُعَّمق الإحساس بالمعنى والإلتزام.

الهوية Identity

يحصل الرجال غالباً على ما يعتقدون أنهم سيكونون عليه. إذا اعتقدتُ أنني لا أستطيع عمل شيء فإن ذلك يجعلني غير قادر على عمله. لكن عندما اعتقدت أنني أستطيع، فعند ذلك أكتب القدرة على عمله حتى لو لم أكن أملكها في البداية.

إن رؤية المرضى العالم كمكان آمن هو محددٌ، جزئياً، بالكيفية التي يرون بها أنفسهم وعلاقاتهم مع الآخرين (art et al., 2005; Janoff-Bulman, 1989). قد يعتقد المرضى أن الناس يحصلون على ما يستحقون (Lerner, 1980)، ولكنهم أيضاً يرون أنفسهم كأشخاص طيبين، وخلوقين، وذوو قيمة، لذلك فهم آمنون نسبياً من المصاعب. يُمكن أن تعمل الصدمة أو المرض الكبير على إعادة تعريف إحساس المرضى بالهوية والقيمة الذاتية (Bernnan, 2001). ويُمكن أن تهدد وتزعزع المهددات الموجهة للقيمة الذاتية إحساس الشخص بالحب والرعاية واعتقاده بأن العالم منظم ويمكن التنبؤ به (Ai & park,2005).

ربما أشار راندال مكلوي (Randal McCloy)، الناجي الوحيد من كارثة ساجو، إلى أن الأمور والأشياء الطيبة تحدث له (لأنه الناجي الوحيد)، أو أن الأمور والأشياء السيئة تحدث (لأنه جُرح)، أو بأنه كان محظوظاً أو غير محظوظ في الكارثة وفي معالجته اللاحقة. على الرغم من أن بعض هذا التفسير معتمد على رأيه العالمي الموجود مسبقاً، إلا أنه مُتأثر أيضاً بالتركيز الذي حظي به هو والآخرون في الأشهر التي تلت المعالجة والشفاء.

طرق التعرض للمشكلات وحل المشكلة
Approaches to Problems and Problem Solving

لوم الأم هو مجرد طريقة سلبية للتعلق بها بهدوء.
Nancy Friday

كيف يدرك الناس تأثيرات المشكلات إذا كانوا يعتقدون أنهم يستطيعون التغيير وكيفية التغيير. هل يرون مشكلة ويدركونها؟ إذا كان كذلك، فما نوعها؟ هل يعتقدون أن المشكلة يُمكن أن تحدث تغييراً؟ إذا كان كذلك، فما الظروف التي يُمكن أن يحدث ذلك تحتها؟ ما الذي يسبب المشكلة باعتقادهم؟ أمرٌ داخل أنفسهم؟ أم خارجها؟ هل يعتقدون أنه يمكنهم عمل أشياء للتغيير، أم يجب أن يأتي التغيير من مكان آخر؟

المسؤولية والتحكم: إدراك التحكم بأحداث الماضي والمستقبل له تضمينات مختلفة بالنسبة للعلاج، ويمكن أن يكون مميزاً بشكل نافع. إن الأشخاص الذين يعتقدون أنهم قادرين على منع شيء سيء (ولم يفعلوا)، هم أكثر احتمالاً للاكتئاب، ولكن الأشخاص الذين يعتقدون أنه يمكنهم التحكم في شفائهم ومنع صدمة مستقبلية هم أقل احتمالاً لأن يصابوا بالاكتئاب (Frazier, Mortensen, & Sreward, 2005; Shapiro, 1989, 1995). فَرَّق دي. دبليو. سو وسو (D. W. Sue & Sue, 2003)

بين هذين النوعين من التحكم من خلال تسميتهما على التوالي بـ: المسؤولية (للأحداث الماضية) والتحكم (للأحداث الحالية والمستقبلية).

يُمكن أن يوصف الناس بأنهم إما يمتلكون مساحة داخلية أو خارجية من المسؤولية ومساحة داخلية أو خارجية من التحكم (D. W. Sue & Sue 2003). يلوم الناس ذوو المساحة الداخلية من المسؤولية أنفسهم أو يتحملون المسؤولية عن مشكلاتهم، في حين يلوم الناس ذوو المساحة الخارجية من المسؤولية الآخرين والعوامل البيئية. إن الناجين من الاغتصاب الذين يلومون أنفسهم ينسحبون عن الآخرين، مما يؤدي إلى المزيد من الضغط (Frazier et al., 2005). وبالعكس، فالأشخاص ذوو المساحة الداخلية من التحكم يعتقدون أنه يمكنهم التحكم بشفائهم ومنع الصدمة، بينما يعزو الأشخاص ذوو المساحة الخارجية من التحكم بمخرجات المستقبل إلى الآخرين (أو المجتمع)، ويدركون وجود تحكم قليل بالنسبة لأنفسهم.

يعتقد الأشخاص ذوو المساحة الداخلية من التحكم أنهم قادرون على التحكم بحياتهم ومنع المشاكل. إنهم أكثر اعتماداً على أنفسهم ويشاركون اجتماعياً ويستخدمون كثيراً إعادة هيكلة البنية المعرفية من أجل التعامل مع الضغوطات (Frazier et al., 2005)، وهم أيضاً أقل احتمالاً لأن يصبحوا مكتئبين (Shapiro, 1989, 1995). أما الأشخاص ذوو المساحة الخارجية من التحكم فهم أكثر احتمالاً لأن يصبحوا مكتئبين ولأن يشعروا بعدم الفائدة (Shapiro, 1989, 1995; D. W. Sue & Sue 2003). ويؤدي النجاة من الصدمة بطريقة إيجابية إلى إحساس أكبر بالتحكم. فالأشخاص ذوو احترام الذات المتدني، وذوو الإحساس الهائل بأن العالم عشوائي يواجهون اضطراباً أكثر ومخرجات أكثر سلبية (Ginzburg, 2004).

وهذان البعدان (المسؤولية والتحكم) مستقلان نسبياً ويتنبئان بمخرجات مختلفة إذا ارتبطا (D. W. Sue &Sue, 2003; Slattery, 2004). إن الأشخاص الذين يمتلكون مساحات من السيطرة والمسؤولية يُحَملون أنفسهم مسؤولية الماضي، لكنهم أيضاً يرون أنفسهم قادرين على التغيير (انظر جدول 3.2). في حين أن الأشخاص ذوو المساحة الداخلية من السيطرة والمساحة الخارجية من المسؤولية (القادة) يدركون المشكلات ويغيرونها، وذلك دون عزوها غير اللائق لأنفسهم (Goerke, Moller, Schulz-Hardt, Napiersky, & Frey, 2004). وهؤلاء يميلون إلى ادعاء النجاح لأنفسهم. أما الأشخاص ذوو المساحة الخارجية من السيطرة والمساحة الداخلية من المسؤولية (لائمو النفس المهمشون) فيلومون أنفسهم، ولكنهم يشعرون بالضعف وبعدم الفائدة في إبقاء وحفظ أنفسهم في أمان. في حين أن الأشخاص ذوو المساحة الخارجية من التحكم والمسؤولية يُظهرون سيطرة قليلة، وفرصاً قليلة للتقدم، وقدرة قليلة لتغيير قوانين الاضطهاد، وربما يرضون ويستسلمون لمن في السلطة من أجل تلبية حاجاتهم.

جدول (3.2):

الارتباطات بين مساحات المسؤولية والتحكم

		السيطرة	
		داخلية	خارجية
المسؤولية	داخلية	المعززات المحتملة: «إنها غلطتي، لكن أستطيع تغيير الأمور».	«كله غلطتي، ولكن لا أستطيع عمل أي شيء لتغيير الأمور».
	خارجية	القائد: «لم أقم بذلك، إنها ليست غلطتي ولكن أستطيع تغيير ذلك».	«الحياة تحدث وأنا لا أستطيع عمل أي شيء بشأنها».

ملاحظة: بالاعتماد على (Slattery, 2004; D. W. Sue & Sue, 2003)

يُمكن أن تختف استجابة راندلل مكلوي بعد كارثة تعدين ساجو، وذلك اعتماداً على المنهج الذي سلكه من هذين المنهجين. فإذا استجاب كقائد أو لديه معززات ذاتية، فإن من المحتمل أن يكون توافقه النفسي أفضل مما لو استجاب كشخص مهمش أو لائم لنفسه.

يختلف الناس في إدراكاتهم وتصوراتهم العامة، ولكن تقييمات تحكم محددة يجب أن تتنوع مع الضغوطات وأن تكون ملائمة لها. فعلى سبيل المثال. يحتاج المصابون بالسرطان إلى التعرف على طرق إيجابية للتحكم بصحتهم والمشاركة في معالجتهم، وقد يتعايشون عند نقطة ما في المرحلة اللاحقة مع احتمالية أنهم قد يموتون بأسرع مما كانوا يأملون (Brennan, 2001).

قابلية التحول: يتنوع الناس في معتقداتهم حول ما إذا كان يمكن للمشكلة أن تتغير. أما الفعالية الذاتية فهي اعتقاد الفرد بالقدرة على التغيير، وهي ترتفع وتنخفض مع النجاح والفشل، وكلاهما يزيد ويقل بالنجاح والفشل على حد سواء. علاوةً على ذلك، يمكن تقسيم الفعالية الذاتية، لذلك قد تؤمن المرأة بقدرتها على أن تصبح لاعبة ماهرة، ولكنها تعتقد أن تقلبات مزاجها ذات سبب وراثي وغير قابلة للتغيير (andura, 1997). وغالباً ما تشير كلمة اختيار إلى مستوى التزام الفرد بالتغيير (مثل: "أنا غير متأكد من أنني أريد عمل هذا"، "هذا هو"، "انتهيت من استخدامه") ويُمكن أن تتنبأ بشكل نافع بمخرجات العمل مع قضايا إساءة استخدام المواد (Amrhein,Miller,Yahne,Palmer, & Fulcher, 2003, Prochaska & Norcross, 2001; Thomas, 2005). وترتبط الفعالية الذاتية بالتحمل التكيفي، بينما ترتبط مشاعر العجز بالاكتئاب (Brennan, 2001).

تتطلب مواجهة الفشل والإخفاق تغيير وجهة النظر غالباً. وبدلاً من أن وجود سبب الاعتقاد بأن المرء لا يستطيع التغيير، فإن التقاعس قد يكون بسبب توقعات النتائج السلبية (Anderson، 2003). ويمكن أن يكون الإخفاق في بدء التغيير استراتيجية دفاعية لحماية النفس من الندم، أو القلق، أو أية نتائج أخرى متوقعة من التغيير. وعندما يكون الأمر كذلك، فإن مساعدة المرضى على جمع معلومات أكثر، وعلى إعادة تقييم قيمهم وأهدافهم ومعتقداتهم، ومواجهة العوائق المُدركة يُمكن أن تُعزز وتدعم عملية التغيير وتزيد من الفعالية الذاتية في ذلك المجال.

التوجه الزمني Time Orientation

لا يُمكنك تغيير الماضي، ولكن يُمكنك أن تدمر الحاضر بالقلق على المستقبل
Anonymous

تتنوع النظريات النفسية في توجهها الزمني. لقد ركز التحليل النفسي تقليدياً على أحداث الطفولة. بينما كان العلاج الجشتالتي (الكلي) والعلاج الأسري السلوكي أكثر تركيزاً بكثيراً على الحَاضر، وهي غالباً أقل اهتماماً بالسبب الأساسي للمشكلات من اهتمامها بالعوامل والأمور التي تبقي على هذه المشكلات أما الإرشاد المهني فهو أغلب الأحيان أكثر تركيزاً على المستقبل، مع تركيز المعالجة على السلوكات الحالية كوسائل لتلبية الأهداف المستقبلية.

وتتنوع الثقافات كذلك في توجهها الزمني. فالثقافات المتأثرة بالبوذية تؤكد على العيش بانتباه في الحاضر. في حين أن بعض الثقافات الشرقية تحترم وتفخر بالتقليد القديم والأسلاف الذين ماتوا منذ قرون. أما أفراد الطبقة العليا والمتوسطة العليا في الثقافة الغربية فينزعون إلى الانشغال والقلق بشأن الماضي، ويخططون بقلق للمستقبل، بينما يملك أشخاص من مجموعات الطبقة الدنيا رؤيةً قصيرة للمستقبل، وهم غالباً أكثر إيماناً بالقدر (Zimbardo & Boyd,1999).

أما بالنسبة للأمريكيين الأوروبيين والأمريكيين الأصليين والأمريكيين اللاتين والهمونغ فهم ينظرون للوقت بشكل نموذجي على أنه أكثر مرونة، وعلى أن دقة المواعيد غير مهمة نسبياً (Slattery, 2004). يُلاحظ اكسلسكون (Axelson, 1993)، على سبيل المثال، إن "الوعي بالوقت لا يتماشى مع الساعة في ثقافة الأمريكي الأصلي التقليدية ... يظهر الوقت الصحيح عندما يكون المرء جاهزاً" (P.17). من جهة أخرى، يرى الأمريكيون الأوروبيون الوقت بشكل نموذجي أكثر، مما يُكسبهم أرباحاً هامة في المستقبل. إن دقة المواعيد أمر مهم، وغالباً ما ينظر إلى التأخر وعدم الالتزام بالمواعيد على أنهما إقرار عدواني سلبي حول قيمة النشاط المدركة. ويُمكن أن يسيء الأطباء الإكلينيكيون والمرضى الذين يحملون هذين التوجهين المختلفين عن الوقت فهم عمل بعضهم البعض بسهولة ويصبحوا محبطين أو غاضبين. فعلى سبيل المثال:

هارس: أنت متأخرٌ. مرةً أخرى. لا يبدو أنك حقاً تقدر وقتنا معاً. أنا أتساءل فيما إذا كنت تريد أن تتحسن فعلاً.

دافن: أين حصل ذلك؟ إن سيارتي لا يمكن الاعتماد عليها. أنا هنا، ألست كذلك؟ ربما كان تفسير هارس على الطريق الصحيح، مع أنه بالتأكيد لم يكن يعبر عنه بلباقة. وبالاعتراف بأن (دافن) لم يكن لديه مستوى التحكم نفسه الموجود لدى هارس، ولا المصادر والقدرة على التخطيط، إلا أنه تصرف وحطم علاقتهما، تخيل أنه تصرف كالآتي بدلاً من الموقف الأول:

هارس: أنت متأخرٌ مرة اخرى. يبدو أنك تمر بوقت صعب حتى تصل إلى هنا لكي نقضي ساعة كاملة معاً. وأتساءل ماذا هناك.

دافن: أنا أمر بوقت صعب. سيارتي لا يعتمد عليها حالياً. (صمت) إنه لمن الصعب التفكير بالعمل فيما سأعمل عندما أخرج للرفاهية والراحة، بصراحة، لا أرى ذلك أنا أشعر أن كل ما يمكنني القيام به هو العبور والعيش من يوم لآخر.

يُمكن أن يختلف التوجه الزمني على بُعدِ الإنتاجية ("العمل للمستقبل" (مقابل التلقائية ("الوجود الحالي"؛ "Koltko- Rivera,2004). يميل أصحاب منهجيات "العمل" إلى أن يكونوا أكثر اهتماماً لاكتساب القيمة من خلال الإنتاجية بينما في نفس الوقت يكونون أكثر استيعاباً ذاتياً وتركيزاً ذاتياً، في حين أن أصحاب منهجيات "الكينونة-الوجود" يواجهون دفقاً أكثر، ويجدون المهام أكثر متعة في جوهرها، وهم أكثر وعياً ذاتياً واستيعاباً للمهمة التي في متناول اليد (Csikszentmihalyi, 1990).

يؤثر التوجه الزمني على تنوع واسع من السلوكات، والتي تتضمن تحديد الهدف والإنجاز، والإحساس بالإرادة والمخاطرة، والذنب والتفكر (Zimbardo & Boyd, 1999). السلوكات الصحية، والاختيار، وأداء العادات والممارسات الآمنة، واستخدام المواد المخدرة، تأثرت جميعها إلى حد ما بالتوجه الزمني. ربما يواجه الطلبة من ثقافة التوجه نحو الحاضر المؤمنة بالقضاء والقدر المشكلات في المدرسة، المكان الذي يكافىء الأشخاص على اشتراكهم أحياناً في نشاطات مُزعجة أو مملة مقابل مخرجات طويلة الأمد متوقعة ولكنها غير مؤكدة (Zimbardo & Boyd, 1999).

اشتقت أعمالنا كما وُصف، من الخبرات السابقة، والتقييمات الحالية، والتوقعات المتعلقة بخيارات المستقبل. وربما سيتم التركيز على واحدة من هذه الأطر الزمنية (Bandura, 1997; Zimbardo & Boyd, 1999). فعلى سبيل المثال، قد يركز الناس على الحاضر، كطريقة لتجنب المستقبل أو لأنهم لا يُدركونه. وربما رووا القصص عن الماضي والتمييز (التفرقة) المتوقع أو "ما

الذي يُمكن أن يحدث إذا......" سيناريوهات.

جدول (3.3):

توجهات الزمن المستقبلي والحاضر والماضي الناجحة وغير الناجحة.

الزمن	التوجهات غير الناجحة	التوجهات الناجحة
الماضي	ركز على الأذى أو التمييز الذي حدث في الماضي. ربما يكون غير قادر على رؤية الحاضر بوضوح أو التنبؤ بمستقبل إيجابي.	يملك معنى من التقليد والأسس التي تثير الإحساس بالهوية الإيجابية.
الحاضر	إما ينخرط بأنشطة لذة ومتعة ذات خطر عالٍ من الضرر الذاتي أو ينسحب إجبارياً. إنه ذو تركيز ذاتي أو استيعاب ذاتي. الوقت يطول ويتباطأ.	ينظر إلى الحياة اليومية من خلال تفاعلات مُسليّة أو مُبهجة صادقة. يعيش في الوقت الحاضر بدلاً من تأجيل الرضا والارتياح لمكافآت المستقبل. يفقد الوعي الذاتي ويصبح منهمكاً بالمهمة التي في متناول اليد. الوقت يضيع.
المستقبل	قَلِقٌ أو مهتم بالمستقبل، يرجئ الحاجات الحالية لمصلحة الأهداف المستقبلية	يوضع أهدافاً وخططاً للمستقبل. يعطي معنىً للعمل والجهد الحالي.

ملاحظة: (Csikszentmihalyi, 1990; Zimbardo & Boyd, 1999)

على أية حال، يقضي معظم الأشخاص على الأقل بعض الوقت في كل إطار زمني. القضية هي إلى أي درجة، بالإضافة إلى الكيفية التي يُقضى بها ذلك الوقت. ويصف جدول (3.3) الجوانب الإيجابية والسلبية لكل توجه زمني.

الأهداف والقيم Values and Goals

يُمكننا أن نخبر عن قيمنا بالنظر إلى أرومة دفتر الشيكات
Gloria Steinem

قلي الهامبرغر أم الخضروات؟ شيه تزو أم الذهبي المستورد (أنواع طعام)؟ تبرعات لليونيسف أم للجمعية الأمريكية للقلب؟ لماذا يختار الناس نشاطاً أو مشروعاً دون الآخر؟ كيف تعكس سلوكاتهم معتقداتهم وأهدافهم؟ انظر إلى سجلي الحساب اللاحقين: ما الاستنتاجات التي تستخلصها عن أصحابها؟ لماذا؟ (انظر شكل 3.1). في المرة القادمة عندما تقف في الصف الموجود في البقالة انظر إلى مشترياتك. ما الذي تخبر به عنك؟ ثم انظر إلى مشتريات الشخص الذي يقف أمامك أو خلفك.

الافتراض الأساسي - أفعال الناس ذات مغزىً بدلاً من أنها عشوائية- عامٌ وشائع في مجالات

الصحة النفسية. كل شيء يفعله الناس يعكس ما يرونه هاماً (القيم) وما يريدون تحقيقه (الأهداف): كيف يصرفون نقودهم، أغراض البقالة التي يشترونها، كيف يلبسون، وما إذا كانوا يتواصلون بصرياً. من جهة أخرى، لا تترجم القيم والأهداف إلى سلوك تماماً بسبب تناقض القيم والأهداف؛ ونقص الموارد أو الوقت أو المهارات أو الفرصة، والضغوط الأخرى.

تُعتبر الأهداف العالمية، كما ذكر آنفاً، تمثيلات داخلية أساسية للمخرجات المرغوبة التي تحفز الناس في حياتهم (Emmons, 2005; C. L. Park & Folkman, 1997). وتعتمد كيفية اختيار الناس للأهداف على توجههم الزمني بشكل جزئي (Zimbardo & Boyed, 1999). ويؤكد بعض الناس على الكينونة أو الوجود (مثال: العيش في اللحظة) بدلاً من العمل (مثال: الإنجاز أو الامتلاك(. وتؤكد مناهج الكينونة على الخبرة الداخلية التي تتضمن الانفعالات أو الأفكار أو الشخصية أو الروحانية بدلاً من النتاجات الخارجية التي تتضمن الإنجازات والممتلكات (Koltko-Rivera, 2004).

			السحب (بالدولار)	الإيداع (بالدولار)	الرصيد (بالدولار)
2452	13/9	أبير كرومبي وفيتش	104.93		53.3
2543	13/9	وال مارت (بقالة)	32.13		21.24
2544	13/9	مستودع أدوية CVS	13.47		7.77
				453.32	
2545	14/9	أبير كرومبي وفيتش	349.42		111.6
2546	14/9	عناية بالشعر	54.000		57.67
2547	15/9	صالون سيدات	99.000		41.33
2548	15/9	ولمارت (بقالة)	25.32		66.56
			السحب (بالدولار)	الإيداع (بالدولار)	الرصيد (بالدولار)

1476	13/9	بقالات A & P	53.17		530.37
1477	13/9	رفوف (كتب وموسيقى)	75.28		455.09
1478	13/9	الوقود الوطني	36.42		418.67
				1453.32	1871.99
1479	14/9	رفوف (كتب)	15.32		1856.67
1480	15/9	أزمة ضربة بيتسبيرغ	50.00		1806.67
1481	15/9	الصليب الأحمر الأمريكي (الإعصار)	15.00		1656.67
1482	15/9	بقالات A & P	25.32		1631.35
1483	16/9	الطائفة البروتستانية الأولى (الميثودية)	50.00		1581.35

شكل (3.1) : ما الاستنتاجات التي تستخلص عن صاحبي دفتري الحساب؟

يميل بعض الناس إلى متابعة الأهداف الجوهرية –مهمة من أجل مصلحتهم الخاصة- بينما يتبع الآخرون الأهداف العرضية –رسائل لتلبية أنواع أخرى من الحاجة مثل الانتماء أو الهيبة أو الهبة (Allport & Ross, 1967). وبالطبع، يُمكن أن تكون الأهداف جوهرية وعرضية في طبيعتها على حدٍ سواء. فعلى سبيل المثال، يُمكن أن تكون القراءة والكتابة عن الفلسفة ممتعة جوهرياً، مع أنها تعتبر رغم ذلك مصدراً للرزق. ويؤثر التوجه الزمني على طبيعة مجموعة الأهداف، لأن وضع الأهداف طويلة الأمد والعمل عليها يتطلب توجهاً مستقبلياً (Zimbardo & Boyd, 1999).

إدراك الأهداف والقيم Recognizing Values and Goals

في معظم الأحيان تكون من الممكن مناقشة القيم والأهداف مباشرة. ومع ذلك، غالباً ما يكون الناس غير قادرين على وضع وتوضيح قيمهم وأهدافهم مباشرة. في بعض الأوقات -كما في المقتطفات الآتية- يُمكن أن يُستدل على قيم وأهداف الأفراد من خلال اللغة التي يستخدمونها، وتجاوز مواضيع معينة، ومن خلال المواضيع المُتجنبة، والسلوكات غير اللفظية (Mozdrzierz, Peluso, & Lisiecki, 2009; A. Rogers, 2001).

بونيلو: (تجنب النظر) لا يُمكنني الشعور بشيء سوى الفراغ والتفاهة تجاه (بِن). أنا أعرف

أن البقاء معه هو الأمر الخاطئ. لا يُمكنني نسيان الإساءة تماماً، مهما قال مراراً وتكراراً بأنه قد تغيّر (تمهل طويل بينما تلوي يديها) ما أريده فقط هو ألا أتسبب بإيذاء أطفالي ...

جون: يبدو أن لك رأيان. أنت تشعرين بالاستغلال والانتهاك من زواجك، ولكنك أيضاً تريدين أن تقومي بما هو صحيح ومناسب من جانب أطفالك. يبدو أنك لا تدركي كيف يُمكنك أن تكوني سعيدة –وقد تعبت في سبيل جعل زواجك يدوم لمدة طويلة- وأماً طيبة.

بونيلو: (تنظر للأعلى وما تزال تلوي يديها) نعم، بالضبط.

جون: يبدو الآن أنك تضعين هذا كخيار –إما سعادتك أو سعادة أطفالك.

بونيلو: (تنظر للأسفل) نعم. لا أعرف ما الذي أقوم بعمله عدا ذلك.

لقد تكشفت قيم بونيلو بعدة طرق إضافةً لأسلوب انتقائها للكلمات –حركات يديها والنشاط الجسدي، اللحظات التي تواصلت عندها بصرياً وتجنبت ذلك التواصل، وتمهلها. وتُبلغ القيم من خلال السلوكات غير اللفظية الأخرى (مثل: الابتسامة، التجهم، الإيماءات)، واللغة الغريبة (مثل: ترنيم، وإيقاع، وسرعة، وحجم الصوت)، والتصرفات. ولأن السلوكات غير اللفظية يُمكن أن تحمل معانٍ متعددة مختلفة، فإن الفرضيات الأولية يجب أن تكون مؤقتة ومدعومة بالملاحظات الدقيقة. فعلى سبيل المثال، يتجنب الأشخاص التواصل البصري خلال المحادثات لسببين على الأقل –بسبب الإحراج أو الخجل أو لأن تجنب التواصل البصري يسمح ويعترف بالتفكير المُركز على الأفكار الصعبة (Doherty-Sneddon & Phelps, 2005).

يتم التعبير عن القيم والأهداف بشكل مختلف في السياقات المختلفة، ويعتمد هذا جزئياً على الأهمية المُدركة للقيم بالنسبة للموقف. فعلى سبيل المثال، يمكن أن تكون بولينو أكثر هدوءاً عندما يكون زوجها خارج البلدة (فهي قادرة على التركيز على احتياجاتها و تشعر كذلك بأنها أم طيبة)، ولكنها تصبح قلقة عندما يعود زوجها إلى البلدة، لأنه حاسم بالكيفية التي تؤثر بها أنانيتها على أطفالها.

عند التحدث قد يتفادى الناس الحديث أو يصرفون انتباههم أو يتخيلون أو بطريقة أخرى يشوهون خبراتهم، وهذا اعتماداً على إدراكهم الذاتي الخاص، أو على طبيعة المستمع وردود أفعاله، أو على السياق الذي يتحدثون فيه (Mozdrzierz et al., 2009; A. G. Rogers, 2001). وعند مناقشة

قضايا ذات مغزى شخصي، فإن الناس يتحدثون غالباً عن صراعات القيم والجوانب المضطربة في حياتهم. فعلى سبيل المثال، عندما تذمرت بونيلو من "تفاهتها وفراغها" تجاه زوجها، كانت تصف المشكلة وتميّز ما تتوقع وتريد في العلاقات (أي الدفء والحنان). وإذا كانت بونيلو قد أخفقت في رؤية الفراغ والتفاهة كمشكلة فربما لأن ذلك كان ككل العلاقات في عائلتها، وهي لا تناقشها.

غذاء للفكر Food for Thought

- ما الذي تقيمه وتقدره بشكل أكبر في حياتك؟ ما هو الأكثر أهمية، الأقل أهمية، غير المهم بالنسبة لك؟
- كيف تترجم تلك القيم إلى الأهداف التي تسعى لها؟ هل تستطيع تمييز طرق لجلعها مناسبة بشكل أكبر؟
- انظر إلى السؤال الآتي من وجهة نظر مختلفة: تخيل أن لديك فقط المخرجات أو النوعيات والسمات على قائمة أهدافك. هل ستكون راضياً؟ إذا كانت الإجابة لا، ماذا تحتاج أيضاً لتكون سعيداً؟
- هل يؤثر سياقك على قيمك وأهدافك؟ هل هناك أوقات تكون فيها القيمة مهمة بشكل خاص وأوقات أخرى تكون أقل أهمية؟

الآراء العالمية تخبر عن المعاني الموقفية
Worldviews Inform Situational Meanings

تُخبر الآراء (وجهات النظر) العالمية عن المعاني الموقفية التي ينسبها (يعزوها) الناس إلى خبراتهم (C. L. Park & Folkman, 1997). وتتضمن المعاني الموقفية تقييم حدث معين كالفقدان أو التهديد أو التحدي، بالإضافة إلى العزو السببي المتعلق بلماذا (سبب) وَقَعَ الحَدَث (مثل: إرادة الله، الصدفة)، وتحديد المدى الذي تكون عنده الأحداث متعارضة ومتناقضة مع منظومة الفرد العالمية للمعنى، وتتضمن أيضاً القرارات المتعلقة بما يُمكن فعله للتعامل والتكيف مع الحدث. وتختلف الآراء العالمية والمعاني الموقفية في نطاق تضميناتها، وبالتالي في تأثيراتها على المعالجة. فعلى سبيل المثال، قد تظن المرأة التي فصلت من عملها أنها الملومة وأن فقدان عملها سيكون ضربة مدمرة لمستقبلها. وقد تتطلب المعالجة مواجهة لومها لذاتها وميلها إلى أن فقدان وظيفتها وتأثيراته المستمرة أمر كارثي. قد يثير آخرون معنى موقفياً مختلفاً، مركزين على الأساس المالي الهش للوكالة والحرية الجديدة للسعي وراء فرص وظيفية أكثر إرضاءً وربحاً.

تؤثر الآراء العالمية أيضاً على السلوك من خلال التأثير على ترجمة وتفسير المواقف الخاصة. فعلى سبيل المثال، قد ينسحب الشخص الذي يعتقد أن الآخرين لا يُمكن الوثوق بهم من حياتهم، ويتظاهر بأنه سعيد، بينما يتجنب الجميع ويُبقي على علاقات سطحية؛ أو ذلك الشخص الذي يهاجم أولاً، وذلك كما عَمِل غالباً ريموند وسانتشيز المسمى لل لوكو والموصوف لاحقاً. إن فهم آراء المرضى العالمية تساعد على التنبؤ بسلوكهم، وإدراك دور التعليمات والمحددات السياقية والموقفية، بالإضافة إلى معتقدات الفرد عن التصرف الفعّال والمناسب في موقف محدد، مما يجعل التنبؤات أكثر دقة ونفعاً. قد يعتقد الرجل المنسَحِب من حياة الجماعة أن أي تواصل مع الآخرين سيؤذيه (أقل ثقة، فعالية ذاتية متدنية، مساحة خارجية من التحكم). والمرأة التي تتظاهر بالسعادة أنه يمكنها التلاعب بالآخرين لتحصل على ما تريد وتبقى بأمان (ثقة متدنية، فعالية ذاتية عالية، مساحة داخلية من التحكم). لقد بدا لل لوكو معتقداً أنه يستطيع البقاء بأمان من خلال البدء بالهجوم أولاً (ثقة متدنية، فعالية ذاتية عالية، مساحة داخلية من التحكم).

ورغم أن الآراء العالمية قد تكون محددات هامة للفعل، إلا أنّ المواقف الخاصة –مثل خدمة دور العبادة والوجبة العائلية والحفلات– تُجرُ سلوكات أخرى مختلفة. ويؤدي الناس أيضاً السلوك نفسه لأسباب مختلفة. إذ يدخلون العلاج لأنهم مكلفين من المحكمة بعمل ذلك، أو لأنهم يرونه الشيء الأكثر مناسبة ليقوموا به، أو لأنهم اختاروا بصدق أن يكونوا هناك. يجب أن تكون التدخلات الفاعلة مستندة على تقييم قوي للرأي (وجهة النظر) العالمي، وكذلك على:

- التفاعل بين الجوانب ذات العلاقة بالرأي العالمي؛
- إدراكات الشخص لقابلية تطبيق القيم والأهداف على موقف معين؛
- الاعتقادات المتعلقة بكيفية الاستجابة في ذلك الموقف؛
- المتغيرات السياقية التي تؤثر على الموقف.

هذه قضية تتعلق بالكيفية التي تُدرك بها وجهة النظر العالمية على أنها لعب دور، ومتى، وأين يتم ذلك.

في كثير من الأحيان تحتوي الآراء العالمية على عناصر متضاربة (متناقضة). وغالباً ما يواجه العمل الإكلينيكي تناقضات في الأهداف أو الإعتقادات أو القيم بطريقة مباشرة وغير مباشرة. ربما تكون بونيلو غير سعيدة في زواجها، ولكنها استمرت فيه لأنها كانت خائفة من أن تُخَيّب ظن عائلتها بها، ومن إيذاء أطفالها (سعادة عائلتها ومصلحة أطفالها بدلاً من سعادتها الفردية الخاصة). وربما استشاط زوجها غضباً لأنها رغبت بالطلاق لأن "تدمير الزواج هو من تأثير الشيطان" (قانون ديني

فوق السعادة الفردية). إن إيجاد طرق للتمييز والعمل من خلال هذه التباينات في المعتقدات أو التناقضات في القيم أو الأهداف هو غالباً جزء مركزي من المعالجة.

يُمكن أن يساعد استكشاف هذه التباينات والتناقضات على تمييز أهداف الشخص وقيمه. لماذا لم تترك بونيلو في الحالة السابقة بيت الزوجية؟ على الرغم من أن بونيلو قد لا تملك المصادر اللازمة والمهارات الضرورية للبقاء، إلا أنه ربما من الأفضل لها أن تناقض هدفاً يمنعها من العمل بنواياها الحالية. إن توضيح أهداف بونيلو وتسوية التناقض الداخلي يمكن أن يساعدها على الشعور بإمكانية الاستماع إليها على نحو أكمل أيضاً على تمييز استراتيجيات للعمل خلال التناقض على حد سواء (Liberman & Chaiken, 1991).

لا تهتم بالتفكير في العواقب Never Bothered to Consider the Consequences

ريموندو سانتشيز Reymundo Sanchez

ولد ريموندو سانتشيز في بوترو ريكو عام (1963) وعندما كان في الرابعة من عمره توفي والده —كان عمر والدته حين تزوجت ستة عشر عاماً وعمر والده أربعة وسبعون عاماً، وكان له أولاد وأحفاد بمثل سن والدته. أُخبر ريموند أن والده كان رجلاً طيباً (بالرغم من أنه تساءل عن دوافع والده لزواج مثل هذه الفتاة اليافعة)، لكن بموت والده فَقَد ريموندو "النصيحة التي لا يقدمها إلا الأب" (Sanchez, 2000, p.1).

بعد وفاة والده تزوجت والدته فوراً. وعندما كان في الخامسة من عمره، بينما كانت والدته وزوجها في شهر العسل، مكث ريموندو مع عمته وأولادها. لقد تعرض للضرب بوحشية، واغتصب من قبل ابنها الكبير (ألبرتو) خلال هذه الفترة، واعتقد أن الإساءة اليه قد تستمر حتى انتقلت العائلة إلى شيكاغو عندما كان في السابعة من عمره. هناك أنجبت والدته ابنتها، وعندما اختفى زوجها (الثاني) تزوجت مرة أخرى، وأنجبت من زواجها الثالث طفلاً. كانت حياة ريموندو تزداد صعوبة مع ولادة كل طفل جديد.

> أصبح [زوج أمي] أحمقاً. إنه يقوم بعمل أشياء حمقاء؛ مثل قَفْلِ الثلاجة حتى تستطيع ابنته فقط شرب الحليب. كان يعلق صندوقاً من المفرقعات بحبل بأعلى السقف حتى لا نستطيع أخذ شيء منه. ويصب كل غضبه علينا. (Sanchez, 2000, p.5).

كان يأمل أن تحميه والدته، ولكنها في أفضل الحالات وقفت بعيداً من الإساءة. كلما كبر ريموندو في السن أصبحت والدته معرضةً إلى الإساءة الجسدية. وعندما وصف صديق ريموندو (بابو) والدة ريموندو بالساقطة لأنها ضربته، جاء للدفاع عنها. كَرِّم والدتك مهما كان الألم والمعاناة التي توقعها عليك. ولهذا السبب لا يُلام أحد يبقى اسم الأم مقدساً بالنسبة للأطفال" (Sanchez, 2000, p. 22).

عندما أصبحت والدته حاملاً مرة أخرى، قرر زوجها الثاني العودة بالعائلة إلى بورتو ريكو. عاش ريموند هناك لمدة ستة أشهر حتى عادت والدته إلى شيكاغو لأنها كانت متعبة من اندلاع المشاجرات بين زوجها وابنها. عاش ريموند هناك لفترة وجيزة مع هكتور، شقيقه، الذي كان يتعاطى المخدرات لكنه ترك ريموند وحيداً لفترات طويلة. من ناحية أخرى، عندما انتقل هكتور، كان ريموندو بلا بيت وكافح لإيجاد مكان يؤويه، حيث كان يمكث في بعض الأوقات مع صديقته، وفي أوقات أخرى مع أم بديلة ، وفي أوقات أخرى مع العصابة، وأحياناً في الطرقات.

في ظل هذه الخلفية من الإساءة والإهمال، احتفظ (لل لوكو) -كما أصبح يسمى- باتجاهات والديه حوله، وبحث عن وسائل تشعره بأنه أفضل

> كل مشكلات العالم كانت غير مهمة مقارنة بمشكلتي. الشعور بالأسف على نفسي أصبح أيضاً اتهاماً لقبول الفشل. مثل أمي، فأنا ألوم كل شيء وكذلك أي شيء. لم يشعر أحد بالألم مثلما شعرت. لم يُعاني أحد آخر غيري. تلك الطريقة في التفكير اصبحت مدمجة في عقلي وأصبحت طريقي في الحياة لفترة طويلة (Sanchez, 2000, P.33).

تعلم (لل لوكو) أن هناك بعض الأمور التي تساعد –على الأقل للحظة. وأحد هذه الأمور كان الجنس. لقد اعتبرت أمرأة في الخامسة والثلاثين من عمرها (لل لوكو) عندما كان في الثالثة عشرة (وأدرك ذلك متأخراً على أنه إساءة). أدرك أن "الجنس يتضمن اللمس والتقبيل والعواطف. لقد تضمن الحب. بدأت التفكير أنه كان بإمكاني إيجاد كل المشاعر التي فقدتها في حياتي بالجنس" (Sanchez, 2000, P. 30). وقد ساعدت المخدرات –الماريجوانا أولاً- في ذلك أيضاً:

> عندما كنت منتشياً كان بإمكاني أن أفكر بعمل أشياء شيطانية وأشعر بالراحة تجاهها. أستطيع تخيل قتل بدرو (الشقيق) وأمي مرات ومرات. ثم يسامحاني ... أصبحت الماريجوانا طريقي للابتعاد عن الحقيقة المرعبة، والتي كانت حياتي (Sanchez, 2000, P. 31).

أخيراً، منحته العضوية في العصابة شعوراً بالانتماء والاحترام.

استمتعت بازدحام الطرق في المداخل التي تتفرق عندما أَمُرُّ بها. ومهما يكن الطريق إلى الكافتيريا طويلاً فيمكنني أن أكون الأول إذا أردت. أستطيع أن أجلس على الأدراج وأدخن بصحبة آخرين وأحذر من أي رمز سلطة يأتي، ولا يخطر ببالي أن خوف الآخرين هو الذي جعلني مشهوراً. لم أهتم بالتفكير في العواقب. (Shanez, 2000, P. 167).

توقع (لل لوكو) أن يُنجز ضربات على عصابات أخرى، ويُمدح عندما يتصرف بعنف وشجاعة، وبمنح امتيازات خاصة. إلا أن إشارات الضعف والجبن كانت مؤذية. وتعلم بسرعة ما كان بحاجة لعمله لكي يبقى في شرف وفضل المجموعة الأفضل.

كان اشتراكه في العصابة ايجابياً بالنسبة له وذلك بشكل مبدئي. ومع الوقت، كما هيأ لقتل نفسه، فإن أصدقاءه قد قتلوا (كان ريموندو صديقاً مخلصاً)، وأصبح يعاني من الكوابيس بسبب الجرائم التي نفذها، وأصبح رد فعله أكثر سلبية. وبدلاً من البقاء في العصابة لأسباب إيجابية، آثر أن يبتعد عن الخوف" : كنت خائفاً جداً من مواجهة العالم بصورة ذلك الشخص الذي كنته. أن أكون ملكاً أمر منحني دوراً لألعبه، ومنحني الأصدقاء وجعلني أتمتع بأسلوب الحياة الذي اريد- كل شيء رغبت به. أنا لا أستطيع أن أتخلى عن الحياة" (Sanchez, 200, P. 181). إلى جانب ما سبق، فهناك الكثير من الإكراميات لأكون ملكاً:

> تعلمت كم هو سهل التلاعب بالأشخاص الذين يعملون بالكوكايين ويستفيدون منه....طلبت من [الفتيات] عمل الأشياء التي رأيت تجار المخدرات يطلبونها من الفتيات في الأفلام ... وإذا رفضت الفتاة ذلك فإنها تحرم من الكوكايين وربما تؤذي. لقد رفضت كثير من الفتيات ذلك ولكن الكثير وافقن عليه ... كان تأثير الكوكايين قوي جداً، فأنا أحببته، وسمح لي بالدخول إلى أماكن لم أحلم يوماً أن أدخلها. كنت أحصل على أي امرأة أرغبها وكثير منهن جاهزات لخسارة حياتهن من أجلي. كنت مشغولاً جداً بالتلاعب بالآخرين، ولم أدرك أنني أصبحت عاشقاً للكوكايين. (Sanchez, 2000, P. 256).

1. كيف يمكنك أن تصف وجهة نظر "لل لوكو" العالمية؟ ما هي معتقداته وقيمه وأهدافه الرئيسية؟
2. كيف يبرر أفعاله؟ كيف تكون تبريراته ذات علاقة بنظرته العالمية؟
3. كيف ترتبط نظرته العالمية مع خبراته السابقة المتعلقة بالفقر، والإساءة الجسدية والجنسية، والإهمال؟ خذ بعين الاعتبار كيف أثرت العوامل الثقافية مثل (العائلية، الرجولة، القيادة) على رد فعل (استجابة) "لل لوكو" نحو عوامل الخطر هذه (انظر جدول 3.4).
4. إذا تم تعيينك للعمل مع "لل لوكو" وأنت لا تتحدث الإسبانية. هل ترى أن ذلك مشكلة أخلاقية؟ لماذا؟ لماذا لا؟ هل من مشكلة إذا تعلم الإنجليزية واستطاع التحدث بها بطلاقة نسبية؟

5. إذا أبلَغَ" لل لوكو" بأنه قد قتل شخصاً ما من عصابة أخرى، ماذا تعمل؟ كيف يُكوّن ويشكل فهمك للأخلاق على قرارك؟ ماذا تعمل لو قال بدلاً من ذلك أنه كان يخطط لقتل شخص ما؟
6. هل هناك تضارب وتناقض بين المعايير الأخلاقية الشخصية والمعايير الأخلاقية المهنية فيما يتعلق بهذه الأسئلة؟ كيف يمكنك الإجابة عن هذه الأسئلة؟

جدول (3.4):

معايير وقيم الثقافة اللاتينية

(الجماعية) Collectivism: على النقيض من الثقافات الفردية تَحُل احتياجات الجماعة محل الاحتياجات الفردية. بالإضافة إلى أنه يتوقع تضحية الأشخاص أحياناً باحتياجاتهم الفردية لصالح الجماعة.

(العائلية) Familism: وتعكس ارتباطاً قوياً وتعلقاً مع كُلٍ من العائلة الممتدة والعائلة النواة، وتتضمن مشاعر الوفاء والتعامل بالمِثل بين أفراد العائلة. وهذه حالة خاصة من الجماعية، وذلك بوجود أشخاص يتوقع منهم التضحية بالحاجات الفردية لصالح العائلة جميعها (مثل: الحصول على وظيفة تُقدم الأفضل للعائلة على الرغم من كونها أقل إرضاءً للفرد).

(الشخصنة) Personalism: تفضيل العلاقات الشخصية على غير الشخصية. والتَوَقُع بأن معرفة شخص ما ستكون شخصيةً بدلاً من أن تعتمد بشكل مبدئي على العوامل الخارجية كالعمل أو الوضع الاقتصادي الاجتماعي (مثل: ربما يدرك الشخص المُسَاعِد كصديق أو فرد من العائلة).

(القيادة) Respeto: وتتطلب أن يكون الشخص القوي أو الشخص صاحب السلطة مُعاملاً باحترام أو بشكل مختلف عن الآخرين. بالمقابل، تنبثق قوة الشخصية من أن تُعامل باحترام.

(العطف) Simpatia: ولكن يبدو أنها تعني السحر واللطف. وهي تشير إلى السلوكات التي تعزز السعادة والفرح والانسجام والعلاقات الخالية من التعارض.

(الرجولة) Machismo: وتركز على الشجاعة والشرف والاحترام الرجولي. وتتوقع سلوكات الرجل النمطية البالغ فيها وتقيّم على أنها مؤشرات للقوة والفحولة (مثل: العنف، والعناد، والمرونة في التفاعلات مع الرجال الآخرين، والعنف الجنسي في العلاقات مع النساء).

(المريمي) Marianisma: على غرار سلوك مريم العذراء، ويمثل هذا المفهوم الحرص على البيت والعائلة. وينظر إلى الأدوار التقليدية على أنها مهمة وقيّمة. وبدلاً من انتقاص المرأة، فإنه ينظر إليها على أنها متفوقة أخلاقياً وبحاجة إلى الحماية (مظهر للقيادة) ويتضمن هذا المفهوم تقبل قدرة وقوة الرجل على أنها إرادة الله.

Bien/mal educado: على الرغم من أن (Bein educado) تترجم بشكل مباشر إلى بالغ التهذيب، إلا أنها تشير في الإسبانية إلى أن الفرد قد تربى على نحو جيد، أي أن والديه قد ربياه على أن يكون شخصاً محترماً حَسَن السلوك. أما (Maleducaduo) فتشير إلى أن العائلة لم تتحمل مسؤوليتها في تعليم الأطفال أن يتصرفوا على نحو جيد.

بناء التحالف العلاجي Building a Therapeutic Alliance

غالباً ما يحمل المرضى قيماً وأهدافاً ومعتقدات تختلف عما يحمله أطباؤهم الإكلينيكيون. ويُشَكّل سلوكهم المُشكل بشكل عام معنىً لهم. حتى عندما يدرك المرضى أن سلوكهم مشكلة، فلربما يشعرون أن البقاء في أنماط قديمة من السلوك والتفكير الإشكالي أكثر أمناً من محاولة التغيير (Prochaska, 1999; Prochaska & DiClemente, 1982; Prochaska & Norcross, 2001). ومع ذلك، يُلاحظ المرضى الذين يرون رأيهم العالمي أكثر تشابهاً بآراء أطبائهم الإكلينيكيين مزيداً من التعاطف والتحالف العلاجي الأقوى مع أطبائهم الإكلينيكيين (Kim et al., 2005; Lilliengren & Werbart, 2005). إن رؤية المرضى من خلال إطارهم المرجعي الفريد الخاص يسهل التغيير.

لا يوجد أحد يقترح بأنه يتوجب على الأطباء الإكلينيكيين حمل أو المصادقة على نفس قيم وأهداف ومعتقدات مرضاهم. وبهذا الخصوص، ربما يكون من المفيد التفريق بين الاحترام والانسجام ضعيف التمييز (B. Greene, personal communicarion, July 29, 2008). ويجب على الأطباء الإكلينيكيين أن يكونوا قادرين على الخروج باحترام من نظام معتقداتهم من أجل فهم وجهة نظر مرضاهم عن عالمهم ليس بالضرورة الموافقة على وجهة النظر تلك أو دعمها.

بونيلو: أشعر بأنني مقهورة الآن. يبدو أن العالم يلتف ويدور. ولا أستطيع أن أتخيل بأنه سيتوقف أبداً.

جون: تشعرين أنك مقهورة، ولا تستطيعين التخيل بأن الأمور ستكون مُختلفة أبداً.

بونيلو: [تومئ] صحيح.

جون: [توقف مؤقت] تبدو تلك الطريق الآن، لكن الجزء الأكثر اتساقاً من الحياة هو التغيير. [تومئ بونيلو، ناظرة إلى يديها] لقد كانت الأمور مختلفة، حتى في الأسبوع الماضي.

بونيلو: [تنظر للأعلى وتتواصل بصرياً] أنا أتذكر ذلك، لكن لا يبدو أنه يُمكن أن يكون مُختلفاً [توقف مؤقت] ورغم ذلك، أنا أثق بك. أنا موافقة على تصديقك.

وكما يُرى في هذا المثال، فإن عمل الطبيب الإكلينيكي غالباً ما يتضمن مساعدة مرضاه على الاستفسار عن الوضع الراهن وعن افتراضاتهم القياسية. وقد يكون هذا أكثر صعوبة للأطباء الإكلينيكيين الغافلين عن معتقداتهم الخاصة أو غير المرتاحين بها، أو غير الآمنين معها. وقد يواصل هؤلاء الأطباء الإكلينيكيون معتقداتهم الخاصة

بدلاً من مساعدة المرضى على استكشاف وسبر معتقداتهم والطرق الأخرى لرؤية وإدراك العالم. إن القدرة على الإبقاء على مركز مستقر، والاستماع إلى وجهات نظر الآخرين، ومساعدتهم على استكشاف الخيارات النظرية والبحث في المجال هو جزء مما يُحدد على أنه سلوك تخصصي (مهني).

وكما نناقش عبر هذا الكتاب، فإن الأشخاص يُمكنهم أن يستجيبوا بشكل مختلف جداً نحو نفس الموقف المستهدف. وبينما ينفتح العديد من الأشخاص عندما يشعرون أنهم قد فهموا بعمق، فإن هنالك أشخاص آخرون قد يُهددوا بهذه الدرجة من التعاطف. إذ قد يرى المرضى المذعورون (المصابون بجنون العظمة) التعاطف على أنه تدخل، في حين أن المرضى ذوو الميول الانفصالية قد يرتبكون بفعل تركيز طبيبم والإكلينيكي على المشاعر (L. S. Greenberg, Elliott, Watson, & Bohart, 2001). ويُمكن أن يساعد فهم وجهات نظر المرضى العالمية الأطباء الإكلينكيين على توقع هذه الفروق في التفضيلات. أما الانتباه والاهتمام باستجابات المرضى اللفظية وغير اللفظية فيُمكن أن يُقترح عندما تكون الاستجابات التعاطفية مُقدَرّة ومُدركة بشكل كامل، أو خارج المسار، أو تدخلية.

غذاء للفكر Food for Thought

ماذا ستعمل حتى تشرك السيد مودر ووالده في العلاج؟ ماذا عن ريموندو سانتشيز وأندريا بيتس؟ كيف تكون اسراتيجياتك التدخلية متماثلة أو مختلفة بالنسبة لكل واحد منهم؟ لماذا؟ هل باستطاعتك أن تبقى صادقاً حتى لو استنتجت أنك قد احتجت لأن تستجيب بشكل مختلف لمطابقة كلٍ من وجهات نظرهم العالمية (Lazarus, 1993)؟

الخلاصة Summary

غالباً ما يكون من الصعب إدراك الآراء (وجهات النظر) العالمية (Ivey et al., 1997; Janoff-Bulman, 1989; Koltko-Rivera, 2004). علاوةً على ذلك، يدرك الأشخاص المعلومات بفعالية لدعم معتقداتهم وابعاد المعلومات التي لا تناسب. لذا، فمن المهم إدراك بعضٍ من الطرق التي يختلف فيها الناس في إدراك أنفسهم وعالمهم. وعندما يفترض الأشخاص أن هناك طريقة واحدة وواحدة فقط صحيحة لعمل الأشياء، فإنهم يدفعون الآخرين إلى طريق ضيق بدلاً من السماح لهم بإيجاد حل يناسبهم. وهذه اعتبارات هامة للعلاج بشكل خاص، حيث أن المرضى قد يكونون -لأنهم تحت ضغطٍ وتوتر بالغ- أقل وضوحاً من المُعتاد حول الطرق التي يُدركون ويرون بها العالم. وكنتيجة لذلك، فإن الفصل الثالث قد ركز على القيم والأهداف والمعتقدات الهامة لعملية العلاج ومراعاة الطرق الملائمة لإدراك هذه الأمور.

على الرغم من أن القيم والأهداف والمعتقدات والمعاني الموقفية متشابهة بعدة طرق، إلا أننا قد ميزنا بينها في هذا الفصل. إذ تعكس القيم ترتيب وتقدير النسب للصفات أو الأنشطة أو الأهداف المختلفة التي توجه السلوك المستقبلي. أما المعتقدات فتشير إلى افتراضات الفرد الأساسية حول الواقع. في حين أن المعاني الموقفية أكثر محدودية من الآراء العالمية وأكثر اقتراباً من الوعي. وهي أيضاً متغيرة بسهولة. أما الآراء فتشمل العالمية نطاقاً واسعاً من القيم والأهداف والافتراضات التي تصف إدراكات الفرد عن الناس وعن العالم، وتؤثر على نطاقٍ واسعٍ من السلوكات. إضافةً إلى أنها أقل مرونة وأقل سهولة تغيراً من المعتقدات الموقفية.

كيف تُطبق هذه القضايا على حياتك وعملك؟

1. صف نظرتك العالمية، التي تتضمن قيمك وأهدافك ومعتقداتك. كيف يتميز رأيك العالمي بالمواضيع الرئيسية والثانوية معاً؟ ما المواضيع المتناقضة التي تعمل على مقاومتها؟
2. كيف شعرت عندما أخفق شخصٌ ما بالإقرار بوجهة نظرك العالمية؟
3. كيف تتشابه أو تختلف نظرتك العالمية عن الآراء العالمية الموصوفة في هذا الفصل أو في الفصل السابق؟ كيف يمكن أن يقترح هذا الأمر استراتيجيات تدخل مختلفة لكل منهما ؟.
4. كيف يمكن أن تؤثر آراؤك على عملك مع الآخرين؟ ما هي القضايا والمشكلات التي ستكون أكثر صعوبة بالنسبة له حتى تستجيب لها؟ ما الأسهل؟

4 الفصل الرابع

الثقافة والانحياز والظلم
Culture, Prejudice, and Oppression

إلى أين نتجه؟

1. ما هي العوامل التي تشكل الإدراكات الثقافية، والخبرات، والآراء العالمية؟
2. ماذا يعني وجود هويات ثقافية متعددة، وبأي السبل يُمكن لهويات المرضى الثقافية المتعددة أن تؤثر على العمل الإكلينيكي؟
3. ما هو الظلم والامتياز؟
4. ما هي الهوية العنصرية وكيف تتغير؟ لماذا تُعد مهمة حتى نوليها اهتماماً وانتباهاً؟
5. ما هي العوامل الثلاثة التي تُميز الإرشاد "متعدد الثقافات"؟
6. كيف يمكن للفرد أن يصبح مؤهلاً بالثقافات المتعددة؟

من المُمكن أن يُعامل أي شخص أسود بهذه الطريقة
Anybody Black Can Be Treated This Way

هنري لويس جيتس Henry Louis Gates

عاد هنري لويس جيتس -المولود عام (1950)- من الصين في حزيران عام (2009)؛ إذ كان يُنتج أفلاماً وثائقية لشركة (PBS). كان الطريق إلى بيته مكتظاً، وبعد دخوله البيت من الباب الخلفي، عادَ ليحاول مرة أخرى فتح الباب الأمامي بقوة.

> فجأةً، كان هناك شرطي يقف على مدخل بيتي. وفكرت: "هذا غريب". لذا توجهت إلى المدخل الأمامي، وأنا ما زلت أحمل الهاتف، وقلت: "هل أستطيع مساعدتك أيها الضابط؟" فقال: "هلا وقفت خارج المدخل". لقد عرفت من خلال الأسلوب الذي تحدث به بأنه لم يكن يُناقش كمؤيد لجمعية الشرطة الخيّرة. وقف شعر رأسي، وأدركت أنني كنت في خطر. رددتُ عليه بلا تفكير، كرد خارج الفطرة. لقد رددت عليه: "لا، لن أفعل ذلك". فقال: "أنا هنا لأتحرى مكالمة وردت من (911) بسبب وجود كسر ودخول هذا البيت". فقلت: "ذلك مضحك لأن هذا صادف أن كان بيتي. وأنا أستاذ في جامعة هارفارد". (Olopade, 2009, para , 9-10)

أُلقِيَ القبض على الدكتور جيتس بَسَبَبِ سوء التصرف، وقضى أربع ساعات في السجن قبل أن يتم إخلاء سبيله.

كان الدكتور جيتس–وهو مدير برنامج الدراسات الإفريقية والأفريقية الأمريكية في جامعة هارفارد- غاضباً جداً. ورغم أنه كان مستاءً لأنه سُجِن، إلا أنه كان غاضباً أكثر جرّاء التعسف والظلم، "ذلك لا يتعلق بي في الواقع –إذ من الممكن أن يعامل أي شخص أسود بهذه الطريقة، فقد اعتقلت حقداً على نحو استبدادي" (Olopade, 2009, para. 24). وخلال مؤتمر صحفي، عَلّق الرئيس أوباما:

> "الآن، أنا لا أعلم-ولم أكن موجوداً هناك، ولم أرَ كل الحقائق -ماهية الدور الذي لعبه العرق في ذلك، لكنني أعتقد أنه من الإنصاف القول بأنه أولاً، أي واحد منا يمكن أن يكون غاضباً إلى حد ما؛ وثانياً لقد تصرفت شرطة كامبردج على نحو غبي باعتقال شخص ما في حين ثمة إثبات على أنه كان في موطنه؛ وثالثاً، ما اعتقد أننا نعرفه، بشكل منفصل وبعيد عن هذه الحادثة، هو أن ثمة تاريخ طويل في هذا البلد للأمريكيين الإفريقيين والأمريكيين اللاتينيين الذين تم إيقافهم من خلال تطبيق القانون بشكل غير متكافئ. وتلك هي الحقيقة تماماً. (Seelye, 2009, para, 11)

علاوةً على ذلك، استنتج الرئيس أوباما بأن هذا كان "إشارة على كيفية بقاء العرق كعاملٍ في هذا المجتمع" (Seelye, 2009, para. 11). ولكنه تراجع إلى حدّ ما عن هذه الملاحظات في اليوم التالي.

كانت وجهة نظر الضابط الذي اعتقل الدكتور جيتس مختلفة بشكل ملحوظ عن وجهة نظر الدكتور جيتس. إذ ذكر الرقيب كرولي (Sgt. Crowley) أن الدكتور جيتس كان مستعداً للقتال والمقاومة منذ اللحظة التي وصل فيها إلى الساحة. وقد وصف الدكتور كرولي الدكتور جيتس بقوله: "نعم، سأتكلم مع أمك في الخارج". وقد علّق الرقيب كرولي: "ما زلت مندهشاً بأن شخصاً ما بمستوى الذكاء [مستوى ذكاء الدكتور جيتس] يُمكن أن ينحدر إلى هذا المستوى، ويوبخني، ويتهمني بأنني عنصري أو ذو نمط عنصري" (K. Thompson & Thompson, 2009, para. 20-21). ويُشار أن الرقيب كرولي قد دَرّس مساقات عن منع التشخيص العنصري لمدة خمس سنوات وقد وُصِفَ من قبل مفوض شرطة كامبرج على أنه "عضو ممتاز" في القسم، حيث يُعتمد على حكمه: "كان يندفع ويتوجه إلى الجريمة بشكل دائم، وحاول العمل بطريقته من خلال الموقف" (Para. 12).

أثارت هذه الحادثة عدد من الأسئلة الهامة التي سنناقشها في الصفحات اللاحقة:

1. لماذا أدرك الرقيب كرولي والبروفسور جيتس هذا الاعتقال بشكل مختلف كثيراً؟
2. لماذا يُمكن أن يتصرف الأشخاص الطيبون ذوو النوايا الحسنة بطرق وأساليب عرقية؟
3. ما الذي قد يفسر -عدا العنصرية- القرار باعتقال البروفسور جيتس؟
4. كيف تستجيب لمريض أمريكي إفريقي أدرك هذه الأحداث على أنها عرقية؟ كيف تستجيب لشخصٍ لا يراها على أنها عرقية؟ لماذا؟

تمييز الثقافة وإدراكها Defining and Seeing Culture

يُعد العِرق والمتغيرات الثقافية الأخرى (مثل الانتماء العرقي، ونوع الجنس، والطبقة الاجتماعية، والعمر، والتوجه الجنسي، والروحانية) عوامل هامة تؤخذ بعين الاعتبار عند بناء التعاطف السياقي. ويمتلك أعضاء المجموعة الثقافية بشكل عام هوية مشتركة، مع قيم ومعتقدات وافتراضات وأهداف وأنماط من السلوك وتفضيلات ومعايير متشابهة. انظر -على سبيل المثال- الجدول (4.3) والجدول (4.3). وعلى الرغم من أن وجهات النظر هذه قد تكون صعبة التمييز ضمن المجموعة (Chavez & Guido-Dibrito, 1999; Cokley,2002)، إلا أن أعضاء المجموعة المشتركة يُقدمون إحساساً بالانتماء والفهم المتبادل (Nelson et al., 2006).

وبشكل عام، يُعتبر الأمريكيون الإفريقيون شموليين بشكل نسبي في التوجه، ومعبرين عاطفياً واعتماديين، ومحترمين لكبار السن بشكل أكثر من الأمريكيين الأوروبيين (Paniagua, 1998). وتتضمن قيم الأمريكيين الأفارقة العامة الروحانية، والجماعية، والمجتمعية، والفردية، والمعرفة الذاتية (Cokley, 2005; Oyserman, Coon, & Kemmelmeier, 2002). أما الأمريكيون

الأوروبيون فينزعون إلى تحقيق الذات والاستقلالية بشكل أكثر من الأمريكيين الأفارقة، وهم أيضاً أكثر توجهاً نحو الشباب بشكل عام (Paniagua, 1998).

يعيش الناس في سياق ثقافي تَشَكَّل بواسطة الخبرات النمطية لعرقهم، وانتمائهم العرقي، ودينهم، ونوع جنسهم، وطبقتهم، والمجموعات الأخرى التي يتميزون بها (انظر الجدول 4.1). ويؤثر هذا السياق على كلٍ من الكيفية التي يدركون بها أنفسهم ويُدرَكون بها. وفي بعض الأحيان، كما سنرى لاحقاً في حالة هيلن تنسلي-جونز، يؤثر هذا السياق النمطي على الأشخاص الذين تكون خبراتهم الشخصية مختلفة جداً عن خبرات المجموعة التي ينتمون لها.

وتمتلك الثقافات أيضاً رموز وأحداث تاريخية مُحددة فريدة. فعلى سبيل المثال، تشكلت العديد من المفاهيم الذاتية ووجهات النظر العالمية اليهودية من خلال الهولوكست، والتوراة، ونظرتهم لأنفسهم على أنهم شعب الله المختار، ودفاعهم عن وطنهم (D. Greenberg & Wiesner, 2004; Prager & Solomon, 1995). لقد ميّزت ونظمت الحرب الأهلية في البوسنة (1992-1995) والهزة الأرضية التي أصابت تركيا (1999) ذكريات الأشخاص الذين يعيشون هذه الكوارث (N. R. Brown et al., 2009). ويؤثر تاريخ العبودية، والعنصرية والظلم المستمرين، والمستويات المرتفعة من الفقر والاختلال الوظيفي المجتمعي الشائعة في العديد من الأحياء المتحضرة على الأمريكيين الأفارقة سواءً كانوا ينتمون للطبقة المتوسطة العليا أو ممن يعيشون على المساعدات العامة، أو يعيشون في مناطق ريفية أو حضرية.

جدول (4.1): الوضع الحالي للأمريكيين الأفارقة في الولايات المتحدة

الوضع السكاني (عام 2004)

- 34.7 مليون أمريكي إفريقي (ويشكلون ما نسبته 12.3% من سكان الولايات المتحدة)، يعيش منهم في الجنوب ما نسبته 54.8%
- 32% هم تحت سن الثامنة عشرة، في حين 8% أعمارهم 65 عاماً أو أكبر.
- 89,3 كانوا يعملون (مقابل 94.9% من الأمريكيين الأوروبيين)
- متوسط دخل العائلة الأمريكية الإفريقية (30.134) دولاراً.
- 24.5% عاشوا أسفل خط الفقر، 28.3% تقاضوا أكثر من (50) دولاراً (مقارنة بما نسبته 8.2% و48.1% من الأمريكين الأوروبيين).
- 20% لم يكونوا مؤمنين صحياً.
- 48% كانوا يمتلكون منازل خاصة بهم.

التعليم (عام 2003)

- تخرج 79% من الأمريكين الأفارقة من مدارس عليا، 17% من الكليات والجامعات، في حين تخرج 89% من الأمريكين الأوروبيين من مدارس عليا، 29% من الكلية.
- تسّرب 8% من المراهقين من المدارس العليا (مقابل 6% من الأمريكين الأوروبيين، و15% من الهسبانيك)
- 40% من الأمريكيين الأفارقة الذين توجهوا للكلية كانوا من الذكور (مقابل 46% من الأمريكيين الأوروبيين، و43% من الهسبانيك)

العائلات (عام 2004)

- تزوج 31.9% من الأمريكيين الإفريقيين بعمر الخامسة عشر فما فوق وعاشوا مع أزواجهم / زوجاتهم؛ في حين أن 43% لم يتزوجوا (مقابل 56.1% من الأمريكيين الأوروبيين كانوا متزوجين و24.9% لم يتزوجوا).
- عاش 64% من أطفال الأمريكيين الأفارقة في عائلات مكونة من أحد الوالدين (مقابل 23% من الأمريكيين الأوروبيين، و35% من الهسبانيك)، في حين يعيش 11% مع أجدادهم.
- عاش 8.2% مع أجدادهم، والذين كان أكثرهم بمنزلة مقدم الرعاية ولفترات زمنية أطول من الأعراق الأخرى.

معدلات الجريمة (عام 2005)

- كان من المُحتمل أن يسجن الأمريكيون الأفريقيون الذكور بحوالي ثمانية أضعاف احتمالية سجن الأمريكيين الأوروبيين (3218 مقابل 463 لكل 100)، بمتوسط لدى الهسبانيك (1220)
- كانت معدلات جرائم الانتحار مرتفعة جداً (19.7 لكل 100) -أكثر من ستة أضعاف المعدل بالنسبة للأمريكيين الأوروبيين (3.3) والمجموعات الأخرى (2.4).
- كان الأمريكيون الأفارقة أكثر احتمالاً أيضاً لاقتراف جرائم القتل (24.1 لكل 100 عام 2004) من الأمريكيين الأوروبيين (3.6) أو المجموعات الأخرى (2.7).

أسباب الوفاة (عام 2003)

- شكّل الانتحار السبب الرئيس للوفاة بالنسبة للأمريكيين الأفارقة من عمر الخامسة عشرة إلى الرابعة والثلاثين (32.1% من حالات الوفاة).
- تعرّض الشباب الأمريكيين الافريقيون الذكور بعمر (15-35) عاماً للقتل بثلاثة أضعاف ما تعرضت له الفتيات الأمريكيات الأوروبيات (38.6% مقابل 12.1% من حالات الوفاة بعمر 15-35 عاماً).
- كانت معدلات الانتحار منخفضة نسبياً (0.7%)-ما يقارب نصف المعدل بالنسبة للأميركيين الأوروبيين (1.3%)، والهسبانيك (1.6%)، والآسيويين / سكان جزيرة المحيط الهادي (1.8%)، وما يقارب ربع المعدل بالنسبة للأمريكيين الأصليين (2.5%).

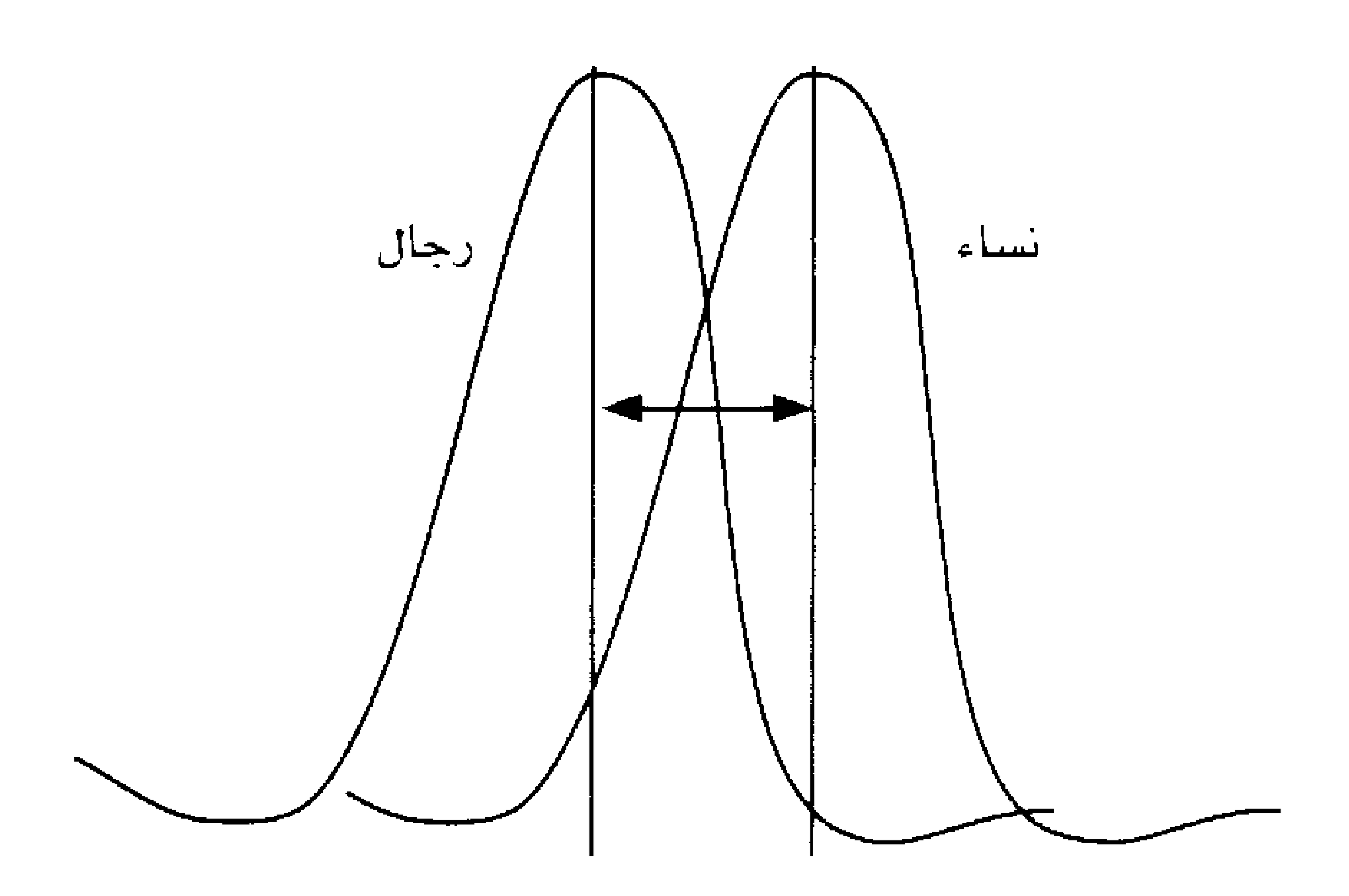
- بالرغم من أن الأمريكيين الأفارقة يشكلون (13%) من سكان الولايات المتحدة في الفترة ما بين الأعوام 2000 و2003، إلا أن (44.8%) من الحالات قد شُخصت بالإصابة بمرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز). وقد كان مرض الإيدز هو السبب الرئيس التاسع للوفاة (حيث يشكل 2.6% من جميع حالات وفاة الأمريكيين الأفارقة)، والسبب الرئيس الثالث للوفاة بالنسبة للفئة العمرية (25-50) عاماً (10.8% من حالات الوفاة).
- كان الرجال الأمريكيون الأفارقة أكثر احتمالاً بسبعة أضعاف الرجال الأمريكيين الأوروبيين لأن يُشخصوا بالإصابة بمرض الإيدز، وثلاثة أضعاف الرجال الهسبانيك.
- النساء الأمركيات الأفارقة كُنَّ أكثر احتمالاً بتسعة عشرة ضعفاً لأن يُشخصنَّ بالإصابة بالإيدز بالنسبة للنساء البيض، وخمسة أضعاف بالنسبة للنساء الهسبانيك.
- مُعدل حياة المواليد عالية جداً (13.5 لكل 1000) –أكثر بمرتين من الأمريكيين الأوروبيين (5.7) والهسبانيك (5.6)، مع توسط الأمريكيين الأصليين بينهما (8.7).
- يموت المواليد الأمريكيون الأفارقة بمتلازمة موت المواليد المفاجئ (Sudden Infant Death Syndrome-SIDS) (108.8 لكل 100) ضعفي ما هو لدى الأمريكيين الأوروبيون (50.5) ويمتلك الهسبانيك (25.6) والآسيويين / سكان جزيرة المحيط الهادي (27.7) معدلات منخفضة جداً، بينما يمتلك الأمريكيون الأصليون معدلاً مرتفعاً (124).

المصدر: (American Council on Education, 2006; Bureau of Justice Statistics, 2006a, 2006b; Centers for Disease Control and Prevention, 2004, 2006; Kids Count Data Center, 2009; Mathews & McDorman, 2006; McKinnon, 2003; Simmons & Dye, 2003).

على أية حال، قد يُدرك أو يُواجه الأشخاص الذين ينتمون لثقافة معينة نفس الحدث المُعين بشكل مختلف. في الحقيقة، ربما تكون الفروقات بين الأفراد ضمن المجموعة الواحدة أوسع بكثير منها فيما بين المجموعات، على الرغم من أن فروقات المجموعة هامة (انظر الشكل 4.1). وعلى سبيل المثال، وجدت إحدى الدراسات أن العديد من الناجين من الهولوكست (المحرقة البشرية) (والذين يشكلون 45%) قد ذكروا أن الهولوكوست قد جعلت شيخوختهم الخاصة وموتهم الوشيك أكثر تشدداً (Kahana, Harel, & Kahana, 1998). من جهة أخرى، ذكر (55%) أن الهلوكوست إما لم تُحدث فرقاً أو جعلت التقدم بالسن والموت أسهل.

قد يشترك أعضاء المجموعة بالقضايا والاهتمامات. وقد وصف بويد-فرانكلين وزملاؤه (Boyed-Franklin, Franklin, & Toussaint,2000) -على سبيل المثال- الاهتمامات الخاصة التي واجهوها أثناء الاعتناء بالذكور الأمريكيين الأفارقة الصغار، بما في ذلك إعدادهم لكي يدركوا ويستجيبوا للعنصرية والانحياز والتمييز (التعصب). وفي صراعهم ضد جنسهم (ذكر أو أنثى)،

وكونهم مُستثنين من الثقافة السائدة، يمتلك المراهقون اللوطيون نسباً أعلى بشكل ملحوظ من الميل للانتحار وإيذاء الذات (Balsam, Beauchaine, Mickey, & Rothblum, 2005).



شكل (4.1): ربما تكون المجموعتان مختلفتان عن بعضهما البعض في المُعدل، إلا أن الأعضاء الأفراد قد يكونون أكثر تشابهاً لأعضاء المجموعة الأخرى من أعضاء مجموعتهم الخاصة.

ملاحظة: تقع ما يقارب (15%) من النساء تحت المتوسط بالنسبة للرجال فيما يتعلق بهذه السمة الافتراضية.

غذاء للفكر Food for Thought

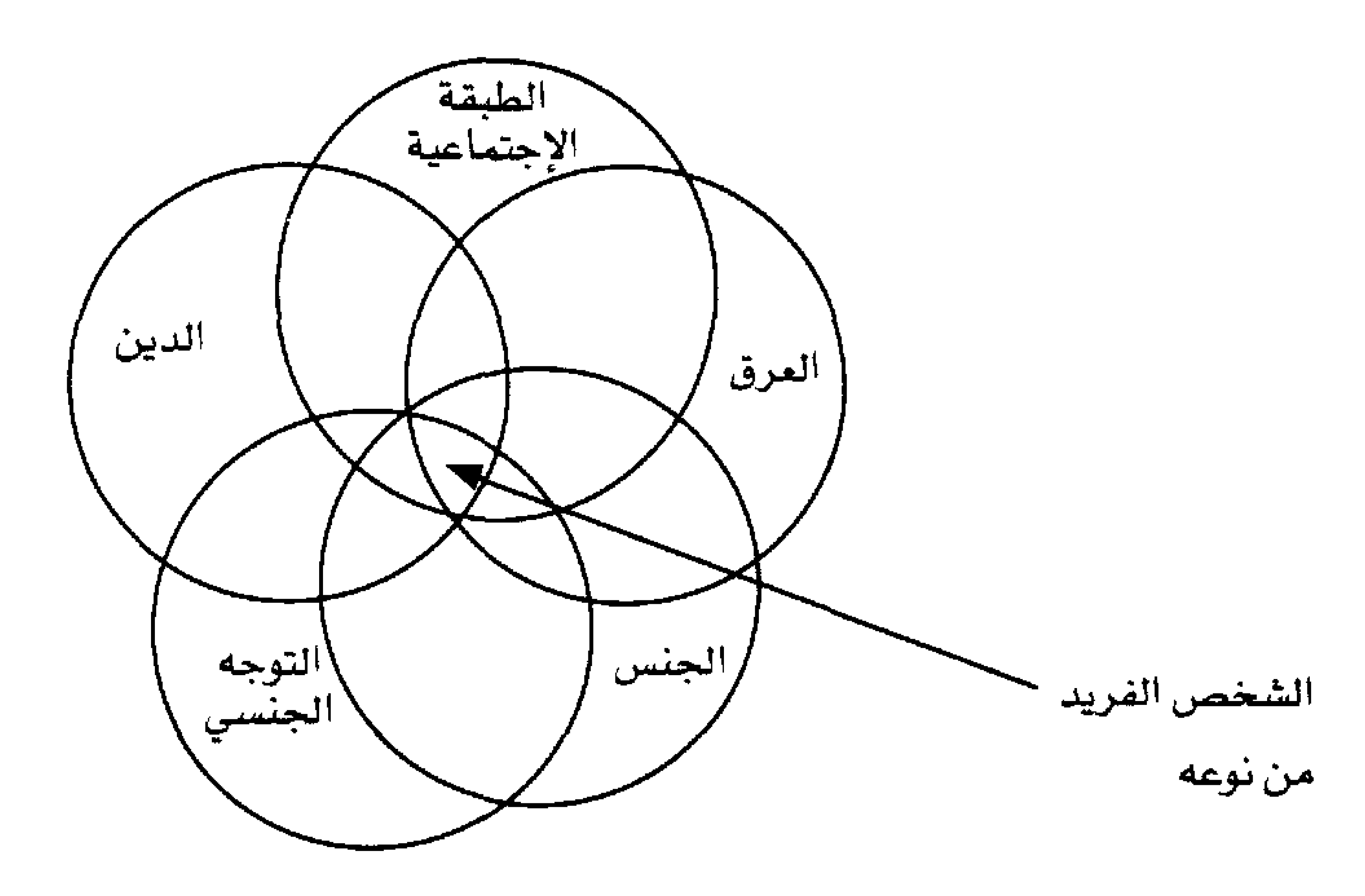
من خلال ملاحظاتك وتصوراتك عن العِرق، والانتماء العرقي، ونوع الجنس، والطبقة، والسياقات الأخرى، انتبه إلى الاهتمامات والمخاوف الفريدة للمجموعات التي تعمل معها. ما هي القضايا الفريدة التي يواجهها الرجال والنساء والأطفال الموهوبون والبالغون الصُم وغيرهم في حياتهم؟ بأي السبل تتشابه خبراتهم؟

الهويات الثقافية المتعددة Multiple Cultural Identities

ينتمي الناس ويتميزون ويتأثرون بالثقافات المتعددة (مثل: الانتماء العرقي، العِرق، نوع الجنس، الطبقة، الدين، التوجه الجنسي، القدرة الجسدية، وما إلى ذلك؛ Cohen, 2009; Fukuyama,) 1990; Lam & Sue, 2001; D.W.Sue, Bingham, Porche, & Vasquez, 1999) (انظر الشكل 4.2). غالباً ما تختلف خبرة الذكر الأبيض تماماً عن خبرة الأنثى البيضاء (فالذكر أقل ارتياحاً في الغالب في التعبير عن العواطف، وأكثر توقعاً للإنجاز من الرعاية، ويشعرون بضعف أقل في الأوضاع الجنسية). أما بالنسبة للذكر الأبيض الشاذ فيُمكن أن يكون مختلفاً عن الرجل الأبيض المستقيم

(غالباً ما يشعر الأول بأنه أقل قبولاً وأماناً في الحياة اليومية). وتختلف خبرة ووجهة نظر الرجل الأبيض الشاذّ المسيحي الأصولي عن خبرة ووجهة نظر الرجل الأبيض الشاذّ المُلحد الذي يعيش في مجتمع داعم للشاذّين (غالباً ما يمتلك الأول شذوذاً جنسياً ذاتياً أكثر). وكما يصف داني بريم (Danny Brem) هنا، فإن السياقات المختلفة أيضاً تُبرز الهويات الثقافية المختلفة.

عندما تعيش في هولندا، فإنك بالتأكيد إذا توجهت للحياة اليهودية الأرثوذكسية ستبدو يهودياً دائماً، لأنك لست قادراً على الأكل مع الناس في المطاعم، على سبيل المثال. ومن ثم إذا انتقلت إلى اسرائيل، فإن تلك ليست مشكلة. لكنك ستبدو فجأة هولندياً أكثر (D Brem quoted in Beauchemin, 2006, para. 5).



شكل (4.2): وجهة نظر الفرد العالمية هي دَالّة للثقافات المتعددة والتاريخ الفردي للخبرات والصدمة.

تؤثر هويات الأشخاص الثقافية المتعددة على الكيفية التي يدركون بها العالم، والكيفية التي يتم إدراكهم بها. ورغم أن البروفيسور جيتس والرقيب كرولي كانا مختلفين في العرق، إلا أنهما كانا يملكان أيضاً مستويات مختلفة من التعليم وأنواع ومقدار القوة. أي من هذه العوامل -إن وجدت- قد ساهمت باعتقال وتوقيف البروفيسور جيتس؟

تؤثر الهوية والسياق الذي يعيش به كل من المرضى والأطباء الإكلينيكيين على تعبيراتهم، وسلوكهم، وتصوراتهم عن بعضهم البعض. وتؤثر سياقاتهم على ما تتم مناقشته وما يتم إهماله في المعالجة. وبالرغم من أنه يجب على الأطباء الإكلينيكيين أن يتعلموا حول الثقافات الأخرى، وأن يدركوا هويات مرضاهم المتعددة، إلا أنه يجب عليهم أيضاً أن يدركوا هوياتهم الخاصة المتعددة، وقيمهم، وافتراضاتهم، وتفضيلاتهم، وآراءهم العالمية.

ولأن السياق جزء طبيعي من خلفية وأساس الثقافة، فمن السهل تجاهله، وبالذات بالنسبة لثقافة

الأغلبية (Pedersen, Crethar, & Carlson, 2008; Slattery, 2004; D.W. Sue, 2004). في مادة الحالة الآتية تُناضل كاتي روبنسون (Robinson, 2002) بمعرفة القيم الجوهرية لثقافات مَنشَئِها وتبنيها. إن خبراتها وتصوراتها الذاتية متأثرة بالعرق والانتماء العرقي ونوع الجنس وحالة التبني.

تعلّم لرؤية الثقافة Learning to See Culture

كاتي روبنسون Katy Robinson

من السهل الشعور بأن هنالك أسلوب وطريقة واحدة صحيحة لعمل الأشياء، وذلك إن لم يكن هنالك تواصل مع الثقافة الأخرى تلك الثقافة التي لا تُهم. تم تبني كيم جي-ين (Kim Ji-Yun) من كوريا عندما كانت في السابعة من عمرها، وانتقلت إلى مدينة (Salt Lake)، وبُدّل اسمها إلى كاتي روبنسون. ومع تبنيها، كسبت ثلاثة أخوة ذكور أكبر سناً، ووالدين جديدين، فأصبحت بكلماتها الخاصة "الإيرلندي الفخري" بين عشية وضحاها. وبانتقالها للولايات المتحدة، ومع عائلتها الجديدة، كان لا بد من أن تتخلى عما يعني أنها كورية، بما في ذلك لغتها (وهي الآن تستخدم اللغة الإنجليزية بدلاً من الكورية)، والمكان الذي تنام فيه (أصبحت تنام في سرير أمريكي النمط بدلاً من أن تنام إلى جانب سرير والديها)، وما تحب أن تأكله (بدأت تفضل الأطعمة والشكولواته الأمريكية العادية بدلاً من الحلويات بطعم الفاكهة).

عندما بلغت السابعة، كانت مع جدتها ووالدتها التي أنجبتها في قارة أخرى وبعيدة المنال، ولم تكن تملك الرفاهية لتتمسك بكلتا الثقافتين. وفي سن الثامنة والعشرين، ذهبت إلى كوريا لتبحث عن والداها الأصليين وجدتها لأمها، قائلة لوالدتها التي تبنتها: "لماذا لم تعلمينني حول تراثي الكوري؟ لماذا لم تساعديني لأحتفظ باسمي أو لغتي؟" (K. Robinson, 2002, p. 35).

في الولايات المتحدة بَدت مختلفة تماماً، بعد أن كبرت وترعرت في منطقة ظهرت فيها مختلفة عن الآخرين. وفي كوريا، ما زالت تظهر مختلفة –تصفيف شعرها، ثوبها، إيماءاتها- وشعرت أنها في مكان غير ملائم على حدّ سواء؛ لأنها كانت أمريكية بدلاً من كورية في القيم ووجهة النظر. لقد اندمجت بسهولة أكثر في المجتمع الكوري المُتبني، مع الأشخاص الذين شاركتهم البحث عن رابطة الدم والاهتمامات المتعلقة بعملية التبني، بالرغم من أن المُتبنين الآخرين كانوا في أغلب الأحيان من كندا أو أوروبا بدلاً من الولايات المتحدة. وبدخولها المجتمع أصبحت أكثر وعياً بأنوثتها، حيث حدد وأعاق جنسها وصولها لبعض الأماكن، وتطلب بعض السلوكات ومَنَعَ أخرى، ووضعها قرب أسفل التدرج الاجتماعي في أكثر التفاعلات.

لا يوجد كتاب يُمكن أن يهيؤك بشكل كامل لثقافة أخرى –في البداية ستكون غريباً. وعبر الوقت، ومن خلال الإصغاء الدقيق والملاحظة الحساسة والكثير من الأخطاء قد يتحرك فهمك للفروق والاختلافات الثقافية من إصدار الأحكام بأن بعض السلوكات خاطئة أو سيئة إلى الفهم إلى أنها مختلفة ببساطة. وبينما تقضي وقتاً في الثقافة، مثل أن تلّون في صوتك، فإن إيماءاتك وسلوكاتك قد تبدأ لتكون ضمن لغة المجموعة تلك. وربما تبدأ بإدراك سلوكهم وقيمهم من وجهة نظرهم بدلاً من وجهة نظرك. وقد تتعلم أن تتواصل معهم بشكل فاعل أكثر. وهذا جزءٌ مما تعلمته الآنسة روبنسون خلال السنة التي قضتها في كوريا.

لقد كانت كلتا عائلتيها –الكورية والأمريكية- عائلة المنشأ وعائلة التبني- متشابهتين بشكل من الأشكال. ففي كلتا العائلتين، لم يعد والداها يرتبطان كزوجين –إذ انفصل والدها بالتبني عندما كانت شابة، وكذلك والداها الأصليان عندما كانت صغيرة. وفي كلتا العائلتين واجهت مصاعب مع الأب، والذي كانت تراه كشخص عنيف، واستبدادي، وعديم الحس بحاجاتها، لكنها انسجمت بشكل جيد مع أمها بالتبني واقتدت بأمها التي أنجبتها، والتي لم تعثر عليها أبداً.

على أية حال، كانت كلتا الثقافتان مختلفتين جداً. لقد تعلمت كاتي بعض العادات الكورية بسهولة، مثل: تغطية فمها عندما تضحك، والانحناء بدلاً من التصافح، وملء كأس أخيها غير الشقيق الكوري بشكل صحيح، والتصرف بأسلوب ناقد للذات من أجل حماية الانسجام العلائقي. من جهة أخرى، ارتكبت أخطاءً، مثل: قدمت الهدايا كالشوكولاته والكيك، والتي ستكون مقبولة بشكل جيد في الولايات المتحدة، لكنها كانت غير ملائمة بشكل محرج في كوريا. وتعلمت أن سلوكاتها النمطية الأمريكية تملك معانٍ مختلفة في كوريا (مثل: كان يُنظر إلى قص شعر الناصية قصاً مستقيماً فوق الجبين على أنه عدم احترام لزوجها). ونظرت للأمور من وجهات نظر مختلفة: أدركت أن اتخاذها لقراراتها هو خيار شخصي، بينما صاغَ أخوها غير الشقيق قرارات مُشابهة في ضوء الالتزام العائلي. وكانت قادرة على إدراك الكيفية التي كان بها الانضباط والطاعة واليقظة أمور مؤكدة في الثقافة الكورية والنظام المدرسي، والتي أدت إلى نجاحها الأكاديمي في الولايات المتحدة.

الفروق الأخرى أحبطت كاتي في كل مناسبة بينما كانت تبحث عن والدتها الحقيقية وَجَدَتُها لأمها. ولأن كاتي ولدت أثناء علاقة غير شرعية جعلت أخاها غير الشقيق الأكبر سناً، وأخاها وأختها الكوريان يرفضون بشكل غير مباشر مساعدتها في بحثها –في بعض الأوقات كانوا يخبروها بأكاذيب تامة وصريحة حول عملية البحث، وقد تعرضت للأذى عندما اكتشفت بأنهم كذبوا عليها بإخبارها بأن والدتها الحقيقية قد ماتت، رغم أنها كانت قادرة على التفكير لاحقاً وبشكل كثير بتصرفاتهم على أنها وسيلة لحماية مشاعر والدتهم (التي أصبحت منزعجة جداً عندما واجهت المعلومات المتعلقة

بعلاقة زوجها السابق غير الشرعية). وكما أصبحت كاتي "كورية أكثر"، فإنها كانت قادرة على فهم السلوكات التي بدت لتكون ذريعة غير ضرورية للجزء الأمريكي المولد منها. وكانت قادرة أيضاً على فهم السبب الذي جعل عائلتها الكورية غير مباشرة بهذه الذريعة (للإبقاء على الوئام) بدلاً من أن ترفض مُساعدتها بشكل مباشر.

بعد أن أمضت كاتي وزوجها ما يقارب السنة في كوريا، حضرت والدتها بالتبني لزيارتها. وانضموا مع أخيها غير الشقيق الكوري على العشاء. ولاحظت كاتي الفروق الجسدية الواضحة (مثل: النمش، العيون المستديرة، الشعر الأحمر، ارتداء الحُلي) التي أبعدت والدتها عن عائلتها الكورية، وكذلك تكلّفها (طريقتها المميزة) الأمريكي. كانت والدتها واثقة بدلاً من راضخة ورزينة. وقد غذّت نفسها أولاً، وقَبلت بأفضل لُقم اللحم، ولم تُعد مَلءَ كأس أخ كاتي. وضحكت مصادفة وتحدثت إلى مترجمهم، بدلاً من أن تتحدث إلى مُضيفها. "ألم تلحظ الانقطاع الذي سببته في التدفق المنسجم للمجموعة؟" (K. Robinson, 2002, p. 266).

ومن جهة أخرى، لاحظت كاتي باندهاش أن:

لم يكن ما لاحظته من هذه البوارد والإيماءات غير الملحوظة يستدعي النقد المتزايد، ما شعرت به كان يشبه بزوغ الإيحاء بأنني قد أصبحت –ربما– كورية أكثر أثناء السنة الماضية. إحدى الثقافتين لم تكن بالضرورة أفضل من الأخرى، ولأول مرة يُمكنني أن أدرك أنني قد امتلكت سمات من كلا الثقافتين. لكن الاختلافات كان مُدهشة، مع والدتي بالتبني –على سبيل المثال– ما يُمكنك أن تراه هو ما تحصل عليه. فكل فكر وعاطفة اتضح وبان على وجهها، وكان جاهزاً لأن يزلّ به لسانها ولأن يُحدِث تواصلاً فورياً. لقد جَسّدت الإعلان الأمريكي للفردية: فإذا كان لديها طلب فقد حققته. وإذا وجدت نفسها في مقعد الشرف، فقد حصلت عليه وحققته بسعادة. أما أخي، فقد كان مهتماً بشكل رئيسي بانسجام المجموعة على حساب الراحة الذاتية ولحظات العبث. وكما فهمت، كان يحيا حياةً من ضبط النفس. لقد كان يُمثل المضيف المُترف والمُنكر لذاته، وعلى الفرد أن يُخمّن ويقدّر الأفكار الكامنة وراء وجهه المُقنع، وإيماءاته غير الملحوظة وكلماته الخفية (PP. 266 – 267)

لكن، هل كل الأمريكيين يشبهون والدة السيدة روبنسون؟ هل كل الكوريين أخاها، بوصفه رئيس العائلة، يمتلك سلطة أكثر من أي فرد آخر في العائلة وكان محبوباً بشكل شغوف ومثالي من قبل والدته وزوجته. كانت أخته عزباء، وخططت ألا تتزوج أبداً، وحولت دَخْلَها لوالدتهم، مما منحها نوعاً من السلطة في العائلة، الأمر الذي لم يكن عادياً بالنسبة لامرأة. أما والدهم –الرجل الذي تزوج مرتين وأصبح أباً لثلاثة أطفال على الأقل من ثلاثة نساء– فلم يتوافق مع عائلة أخيها وكان يبدو كشخص مزعج في ذلك المكان حينما يكونون معه. أما خالتها، والتي كان عمرها ثمانية وعشرون سنة، فقد ولدت من زواج غير شرعي، وعاشت في استراليا لثمان سنوات وتباهت بالمعايير الاجتماعية لنفس الدرجة تقريباً التي رُبط بها أخ كاتي بواسطتها.

1. فكر بالموقف عندما دخلت ثقافة جديدة ـ سواء لفترة طويلة (مثل: الدراسة في الخارج) أو لفترة أقصر (مثل: مشاهدة فيلم عالمي، تناول الطعام في الخارج، أو مقابلة زائر من بلد آخر). كيف شعرت في ذلك الوضع؟ هل كنت مرتاحاً أم منزعجاً؟ محتجاً أم متقبلاً؟ هل تعاملت مع ذلك الموقف بشكل مختلف الآن ؟ كيف؟
2. لماذا يُمكن أن يكون من السهل الاعتراف بالقيم الثقافية على أنها دخيلة بدلاً من أنها ثقافة الفرد الخاصة ؟
3. مع أن السيدة روبنسون تناقش الانتماء العرقي، فإنها تُلمح كذلك إلى تأثيرات جنسها ووضع التبني. كيف تؤثر هذه السياقات عليها؟
4. قارن القيم والمعاييرالموصوفة في الجدول (4.2) مع هذه الحالة. كيف تنظر لهذه القيم والمعايير في هذه المناقشة؟ هل ترتبط بعض أجزاء هذا المثال وتتباعد الأجزاء الأخرى عن التوقعات الثقافية ؟

جدول (4.2): القيم والمعايير الأمريكية الآسيوية

الجماعية (Collectivism): التركيز على حاجات العائلة والمجموعة بدلاً من الحاجات الفردية (مثل: يُعطى اسم العائلة أولاً باللغة الأصلية). يتم التأكيد على التزامات العائلة والمجموعة على حساب الرغبات والأفكار والمشاعر الفردية. أما الاعتماد الذاتي والاستقلالية فالتأكيد عليهما منفي بالنسبة إلى التزام ومسؤولية الجماعة. أما الفردية فهي انتهاك صارخ للمعيار الاجتماعي.

ولاء الأبناء (Filial piety): يُتَوَقَع من الأبناء أن يحترموا والديهم، وأن يبدوا ملتزمين تجاههم، ويمتثلون لرغباتهم. غالباً ما يكون من الصعب مُساءلة السلطة الوالدية والشك بها.

التركيب الهرمي (Hierarchical Structure): من المتوقع أن يختلف الأشخاص مع رموز السلطة بدلاً من تحديهم. وغالباً ما تمتلك السُلطات نطاقاً وسلطة واسعين لاتخاذ القرارات؛ وإذعاناً وقبولاً متوقعاً للقرارات. أما الأفراد ذوو المراكز الأدنى فمن المتوقع أن يختلفوا عن أولئك ذوو المراكز الأعلى. وضمن العائلة، يمتلك الأفراد الأكبر سناً والرجال سلطة أكبر.

الانسجام (Harmony): يعكس التأكيد على الانسجام التأكيد على الارتباط بين الأحداث غير المرتبطة ظاهرياً، واعتماديتها وحاجتها لبعضها البعض. ويُنظر للأطراف المتناقضة على أنها جزء من الكيان نفسه، حيث لا يكون الفرد قادراً على العيش على نحو جيد دون الآخر.

الانسجام البينشخصي (Interpersonal Harmony): لأن التركيز يكون على العائلة والمجموعة، فإن أداء السلوكات التي تحفظ انسجام المجموعة يُعد أمراً هاماً. وتعزز التصرفات التي "تحفظ ماء الوجه" انسجام المجموعة، في حين تكشف المشكلات عن الخزي وتقوض المجموعة. أما الإعلان عن نجاحات الفرد فإنه يقوّض المجموعة؛ ولذلك فإن التواضع مُقيم ومقدر.

ضبط العاطفة الجيّاشة (Restraint of Strong Emotion): يجب أن تكون العواطف والانفعالات السلبية والإيجابية مضبوطة على حد سواء. يُعد الاعتراف بالمشكلات الانفعالية مُحرجاً للعائلة، ويجب أن يتم تجنبه. ثُم إن الأطفال لا يُمتدحوا بشكل مباشر، مع أنهم ربما يُمدحون بشكل غير مباشر للأصدقاء أو الأقرباء. ولا يتم إظهار الحب مباشرة مع أنه ربما يكون ظاهراً من خلال التصرفات التي تفيد العائلة. وغالباً ما يتم التعبير عن الإجهاد والاضطراب النفسي من خلال الشكوى الجسدية بدلاً من اللفظية.

الإنجاز الأكاديمي (Academic Achievement): تتوقع العائلات من أطفالها أن يعملوا على نحو جيد ويدخلون مهناً ذات مستوى اجتماعي عالٍ. ونجاح الأفراد يجلب الفخر للعائلة ويُعد مُقيماً بشكل أساسي بحد ذاته.

ملاحظة: مُلخص من (Chen & Davenport, 2005).

الظلم والامتياز Oppression and Privilege

> **يُعد الإرشاد وسيلة للظلم المُخصص لبث مجموعة معينة من القيم الثقافية الفردية. أما الإرشاد التقليدي فقد آذى الأقليات والنساء. الإرشاد ... كان خادماً للوضع الراهن، ومثل بحد ذاته بياناً سياسياً.**
> (D.W. Sue 1992, p. 6)

يتخذ الظلم أشكالاً كثيرة، منها ما هو ظاهر، ومنها ما هو غير مباشر وغير ملحوظ. وفي دراسة قام بها د. دبليو سو (D.W.Sue, 2004) –على سبيل المثال– بينت أن الرجال البيض قد احتلوا ما يقارب من (50%) من مراكز الجامعات والكليات الدائمة، و(92%) من مراكز مستوى المدير التنفيذي لـ (Forbes 400)، و(80%) من مقاعد البرلمان، و(84%) من مقاعد مجلس الشيوخ، و(99%) من الفرق الرياضية المحترفة. ولأن الرجال البيض يشكلون (33%) فقط من سكان الولايات المتحدة فإن عدم الإنصاف هذا مُفترض لعكس العملية التي تُحدد الوصول إلى بعض الوظائف.

يشير رووت (Root 1992, cited in L. S. Brown, 2004) إلى أشكال غير ملحوظة بشكل كثير من الظلم بوصفها "صدمات نفسية خَفيّة"، وهي الضغوط التي لا تحمل معنىً بنفسها، لكنها عندما تجتمع تصدم وتؤذي. وكلٌ منها يُمكن أن يكون مُستبداً وظالماً، مثل: أن يرى الفرد أعضاء مجموعته يتعرضون للتمييز أو مُضَحَى بهم في جريمة حقد وكراهية؛ أو الاستماع للرسائل أو القصص أو النُكت

الواصمة في وسائل الإعلام، من العائلة أو الأصدقاء، أو خلال المحادثات العادية؛ أو ملاحظة التمييز المؤسسي ضدّ أعضاء مجموعة أخرى. وهذه الأنواع من المسائل الطفيفة يُمكن أن تجعل الناس يشعرون بأنهم غير آمنين أو غير جديرين.

عَرّف ميكنتوش (McIntosh, 1989) الامتياز على أنه "الموجودات والأصول غير المكتسبة التي يمكنني الاعتماد عليها في الصرف كل يوم، فيما يتعلق بما أعنيه بأن أبقى غافلاً" (p. 11). إن وجود وظائف أو سكنٍ مرفوض بسبب التوجه الجنسي -على سبيل المثال- يُعد تمييزاً، والتمييز شكل من أشكال الظلم، بينما يُعد الإصغاء للفرد والتعامل معه بجدية بسبب عضوية المجموعة لوحدها (بدلاً من الخبرة الفنية أو الفكرية) نوعاً من الإمتياز. وكذلك تُعد حرية المشي في الشارع وأنت تمسك بيد زوجتك أو شراء بطاقات تهنئة كما يحلو لك شكل من الامتياز. أما إلقاء القبض على الدكتور جيتس فقد يكون له علاقة بالافتراضات العنصرية؛ إذ إن غضبه عندما تواجه مع الرقيب كرولي من المحتمل أن يكون قد زاد كثيراً لأن الاعتقال كان مختلفاً جداً عن خبرته النموذجية المتعلقة بالاحترام والإعجاب المرتبطين بوضعه المهني وشهرته.

إن الإقرار والاعتراف بالامتياز الشخصي للفرد (والظلم) هو أمر هام كما هو الاعتراف بظلم المرضى (وامتيازهم). إن إدراك عدم الإنصاف الذي يؤثر على الكثير من المرضى يسمح للمرضى وللأطباء الإكلينيكيين القيام بالتنسيب (العزو) الملائم للمسؤولية الخارجية. وقد تقدم الشجاعة الكبيرة للأطباء الإكلينيكيين للاعتراف بوجود الظلم —إن فرص العمل، والذهاب لمدرسة جيدة، والعيش على نحو جيد يُمكن أن تكون أموراً متاحة للبعض لأسباب تعسفية وغير منصفة (D.W.Sue, 2004).

أثر الظلم The Impact of Oppression

للظلم تأثيرات متعددة، لكن من الممكن أن يُرى أحد تأثيراتها عند وجود فرق في قيم وآراء المجموعة. وفي بعض الحالات، قد تُصبح واحدة من مجموعات القيم والآراء مكبوتة؛ وتنتمي هذه القيم والآراء المكبوتة إلى الشخص أو المجموعة الأقل سلطة بشكل عام. ونتيجة لذلك، يميل الأطفال المُبعدون أو المُرهبون إلى الانسحاب من الأنشطة الصفية، والأداء بشكل ضعيف أكاديمياً، وتجنب المدرسة (Buhs, Ladd, & Herald, 2006). إن إبراز العرق أو الجنس بشكل بسيط أثناء مهمة ذات مفاهيم مبسطة وأفكار شائعة متعلقة بها (مثل: من المُعتقد غالباً أن يؤدي الأمريكيون الأفريقيون أو النساء المهمة بشكل سيء جداً) يُسبب انخفاضاً في الأداء، حتى بالنسبة للأشخاص ذوو التاريخ الحافل بالنجاح (Steele, 1997). لاحِظ الأساليب التي خسرت بها هيلن تنسلي —جونز صورتها في الحالة القادمة.

في بعض الأحيان، تقوم الفرقة الأقل سلطة بأمور لمساواة التفاضل السلطوي المحسوس. ويقوم الأطفال بعمل هذا من خلال نوبات الغضب أو ضرب الأكبر منهم، أو أشقائهم الأكبر سناً؛ وقد يحتج البالغون على القوانين غير العادلة، ويتحدون أو يرفضون الوضع الراهن، أو يديرون الممتلكات، أو يؤذون أعضاء المجموعة الأكثر قوة وسلطة. وبدلاً من انتهاك السلطة –حتى لو كان ذلك بغير قصد– فإن المعالجين متعددي الثقافات يتحدون انتهاكات السلطة والقوة من خلال: (أ) احترام القيم المختلفة، و(ب) تمييز وتحدي الظلم والامتياز غير المكتسب (APA, 2003).

إخفاء/اظهار: الشعور / اللاشعور
Hiding /Not Hiding ; Feeling /Not Feeling
هيلين تنسلي-جونز **Helen Tinsley –Jones**

هيلين تنسلي-جونز طبيبة نفسية ولدت في ألمانيا عام (1947)، وهاجرت إلى الولايات المتحدة عندما كانت في الرابعة من عمرها. والدتها ألمانية الأصل، ووالدها أمريكي من أصل إفريقي. عندما أصبحت هيلن بالغة، كان عرقها بارزاً عندها ويُمثل الشيء الذي تراه كمؤثر على علاقاتها مع مرضاها وبحثها للمواضيع. فعلى سبيل المثال، خلال إجراء المقابلات مع الأطباء النفسيين المرخصين الذين كانوا جميعاً من الملونين، لاحظ العديد بأن عرقها قد أثر على استعدادهم ليكونوا منفتحين وغير دفاعيين معها. ومن جهة أخرى، أشارت هي أيضاً:

> لأنني شخص ملون، فإن بعض المشاركين أو أنا لربما نؤكد الفرضيات حول معاني بعض الأسئلة والتعبيرات. ولربما افترضنا –على سبيل المثال- بأنه استناداً إلى خبرة أقليتنا المشتركة فنحن قد عرفنا بشكل حدسي ما الذي قصده كل شخص، ونتيجةً لذلك، أخفقنا بالقيام بتحريات إضافية. (Tinsely –Jones, 2001, pp, 575-576).

يُمكن أن تحدث مشكلات مشابهة في الأوضاع الإكلينيكية، مع الأطباء الإكلينيكيين والمرضى الذين يفترضون بشكل غير ملائم أنهم يعرفون ويفهمون بعضهم استناداً إلى أوجه الشبه المُدركة بينهم.

أصبح عِرق الدكتورة هيلن ذو علاقة من عمر مبكر:

شعرتُ دائماً (أو بشكل دائم تقريباً) بأن عرقي مكملٌ لي، وجزء مما كنت عليه أو مما أنا عليه، إضافةً إلى أن التخلص منه مستحيل. أنا أمثل لوني مثلما أمثل أفكاري. وأنا أعرف أن لوني قد جعل أماني أمراً غير ثابت، واستجابةً لذلك، تبنيت الحذر والصمت كحماية للذات. عرفت هذا وعملت

به منذ اللحظة التي وقفت بها عند البوابة الحديدية التي تؤدي إلى فناء شقة عائلتي –عندما كان عمري ثلاث سنوات ونصف في ألمانيا- وسألني ولد ألماني (أبيض): "ألست سوداء؟"، قال ذلك بالألمانية وبأسلوب انتقاصي. في الحقيقة، اسمرار لوني مَثَلني من خلال ما أملك دائماً، على الأقل منذ مُصادفة البوابة الحديدية، والنظر للعالم، والتي عرفت من خلالها دائماً بأن البعض قد يحكمون عليّ سلباً (H . Tinsley-Jones, personal communicatio, september 29, 2004).

رغم أن الدكتورة هيلن تعرف أن عرقها ذو دلالة وأهمية، إلا وأنها لم تكن تعرف كمراهقة كيفية التعامل مع مشاعرها المتعلقة بذلك. وقد كتبت:

أثناء الحضور إلى المدرسة العليا في ماساشوستس الريفية (تقرأ على أنها: جميع البيض)، عشت ما أعرف الآن بأنه خبرة مفككة جداً. لقد طوّرت هذه القدرة (الآن هي أمر غريب بالنسبة لي) للتصرف وكأنه لا يوجد شيء خطأ، أو كما لو أنني لم أتحمل حقاً. كان موقفي انتصاراً حقيقياً في الإنكار في خدمة البقاء. كوّنت صديقات جيدات وتفوقت أكاديمياً. لم أقم بعمل أي شيء لكسب اهتمام سلبي، وقد تصرفت المعلمات والطالبات تبعاً لذلك. وحتى نهاية السنة الدراسية الأخيرة لي، لم يعترف أحدٌ إطلاقاً بشكل علني بأنني كنت مختلفة بسبب لوني (ما عدا مرشدتي التي حاولت أن تساعدني في الحصول على منحة في الكلية مُخصصة لطالب زنجي).

في ربيع 1964 –السنة الأخيرة لي- تم اختياري وصديقتي المفضلة، كحاملي مشاعلِ مجموعةِ البارعين، لإلقاء خطاب التخرج. الآن، أسأل نفسي: لماذا أقوم بعمل ذلك بعد تكريس الكثير من الطاقة في إخفاء هويتي؟ حسناً، أعتقد مرة أخرى –فقط عند التفكير بما حدث في السابق- بأنني قد قررت اتخاذ موقف يتعلق بكوني ملونة. لقد كان موضوع تخرجي: الحقوق المدنية والزنجي. يجب عليك حقاً فهم الطبيعة الهامة لهذا الحدث التاريخي بالنسبة لي. هنالك كُنت طفلة خجولة، قُمِع تقريباً كل أثر للونها لعدة سنوات، ولم تشاهد صورتها ممثلة بشكل جوهري في الطالبات الأخريات أو المعلمات أو المواد التعليمية، ولم تُعط أي انفتاح لتمثل نفسها دون خوف من الأعمال الانتقامية، وكان والداها متواطئين في هذه المؤامرة من الصمت وإنكار الذات. إن تأليف ذلك الخطاب وعرضه كان تمريناً ضرورياً من الألم. وفي عزلة غرفة نومي، تدربت على خطابي حتى تمكنت منه بجدارة (لقد تعلمت من مثال والدي بأنه يجب أن تكون ممتازاً، أو على الأقل مُتدرباً عليه أكثر من اللازم، وذلك من أجل النجاح في عالم البيض). استلقيت في سريري، وعيناي تحدقان في سقف الغرفة، ومعدتي مشدودة، ولا أستطيع النوم، وكان ذلك يحدث لعدة أيام قبل الحدث. (لقد زادت المكالمة الهاتفية اللاذعة التي تلقيتها قبل الحدث فوراً من توتري. لقد كان صوتاً غير معروفٍ ثرثرَ بزنجية: الجحيم وما إلى ذلك. بصراحة، لا يُمكنني التذكر). بعد ذلك، كانت كنت أقف أمام قاعة مكتظة بالطلبة والهيئة

التدريسية والأهالي الجالسين خلف المنصة، ثم خفتت الأنوار. وبحر من الوجوه أمامي وتحتي، وهالة من السكون، وعلا صوتي من خلال مُكبر الصوت في الفضاء المجوف الكبير. وبدأت خطابي وأنهيته. حتى في ذاتية ذُعري، علمت بأنني قد أديت بشكل جيد. وقد تبع ذلك تصفيق حقيقي. وبشكل ملفت للنظر مع ذلك شعرت بالوحدة. وبشكل متوقع، مضت هذه الخبرة غير مصنعة وغير مُعالجة وطويت بعناية إلى أقاصي ذاكرتي (Tinsley- Jones, 2003, pp. 182-183).

بعد مضي سبعة وعشرون عاماً قررت الدكتورة هيلن أن تخبر عن هذه القصة كإنسانة منفتحة في ورشة عمل حول التعددية. لقد كانت في المدرسة العليا قادرة على أن تعيش هذه القصة دون أن تكون واعية لنتائجها المستمرة، والآن، من ناحية ثانية، كانت قصتها مدمرة. لقد احتفظت بها في الذاكرة، واحتاجت لأن يُصغى لها زوجها وابنها ويُصدقان خبراتها. لقد مارست بشكل متكرر سرد قصتها، وأصبحت مع الوقت أسهل. "بمرور الوقت وقفت أمام جمهور ورشة العمل، وحدث التحول الحقيقي. لقد استُرجع الألم من الماضي؛ شيءٌ داخلي أصبح مُجدداً ومُعالجاً" (Tinsley-Jones, 2003, p. 183).

الآن، ترى هيلن كبالغة العرق بشكل مختلف:

> إن السماح لنفسي بالإدراك الواسع لتأثير العنصرية على ذاتي وعلينا جميعاً، والتحدث للملأ بصوتٍ عال حول ذلك –أمور لم أقم بعملها على الدوام. وهذه أمور مكتسبة مؤخراً أكثر، وما تزال محدودة، حتى بينما أقوم بكتابة هذا. يجب علي القول بأن قدرتي لأكون واعية وأكثر صراحة هي شيء يشبه الصوت، والذي يحدث في بداية بعض المقطوعات الموسيقية- في البداية تسمع بعضاً من النغمات، الشاردة، والضعيفة تهب إليك من بعيد، متبوعة لاحقاً بالنغم الحساس. ثم تأتي قوة الأغنية بكاملها، فتمتلك انتباهك وقلبك. إن النمو التدريجي، يُضخم صوت الموسيقى العذبة. وقدرتي النامية على الحديث عن العرق والعنصرية تُشبه ذلك. ورغم أن العذوبة ليست الصفة التي يُمكنني تطبيقها كثيراً، والتي كانت مخيفة في معظم الأوقات، إلا أنها تُحرر دائماً. (H. Tinsley-Jones, Personal Communication, September 29, 2004, italics in original)

1. عاشت الدكتورة هيلن حياة خالية نسبياً من العنصرية العلنية، وخاصة في فترة نموها. ما الخبرات العنصرية التي تصفها على أية حال؟
2. ما هي حسنات منهجيتها في التعامل مع العنصرية؟ ما مساوؤها؟
3. لو كنت مرشدها / مرشدتها في المدرسة العليا. ماذا تفعل لمساعدتها للتعامل بشكل أفضل لتكون واحدة من الأمريكيات الإفريقيات القليلات في المدرسة؟ لماذا؟
4. كيف يعكس تغير وجهة نظرها تجاه العرق القضايا التطورية، وتغيُّر الهوية العرقية، والاهتمامات المؤقتة في تلك الفترة؟

تطور الهوية العنصرية Racial Identity Development

أنا لا أفهم هذه الحساسية المفرطة حول استخدام الغاز. أنا أحب استخدامه بقوة ضد القبائل غير المتحضرة
WINSTON CHURCHIL

كل ما أطلبه للرجل الأسود هو أن يرفع الأشخاص البيض إذلالهم عنه. ويتركوا له الفرصة للنهوض بجهوده الخاصة
WILLIAM WELLS BROWN

يستند الذنب الثقيل علينا بالنسبة لما عمله البيض من كل الأمم بالأشخاص الملونين. وعندما نعمل عملاً جيداً لهم. فهو ليس إحسان بل تكفير.
ALBERTY SCHVEITZER

تعكس كل من هذه التعبيرات نظرة مختلفة للعرق. وتقدم كل واحدة منها عزواً مختلفاً حول الأعراق الأخرى، وتُظهر أسباباً مختلفة لهذه الفروق، وتتنبأ بتصرفات وأفعال مختلفة عنها. يُجسم تشرشل (القبائل غير المتحضرة)، ويطلب براون بأن يتراجع البيض ويسمحوا للسود "للنهوض بجهودهم الخاصة"، بينما يصف شويزير "الذنب الثقيل" الذي يستلزم التكفير عنه. تؤثر الهوية العنصرية على مدى واسع من السلوكات ضمن مُعالجة الصحة النفسية وخارجها، ويجب أن تُراعى خلال التخطيط للمعالجة والتنفيذ.

خلال الثمانية عشرة سنة المبكرة من العمر، يبدأ الأطفال بإدراك تصوراتهم عن العالم حول الجنس، مستخدمين ذلك لتوجيه اختيارهم للألعاب والأنشطة والملابس (Kohlberg, 1066). وتتطور الهوية العنصرية كثيراً في وقت لاحق من الهوية الجنسية. ويصف الأمريكيون الأفارقة في مرحلة ما قبل المدرسة أنفسهم باستخدام الجنس أو الدين بدلاً من العرق؛ فهم يصفون بدقة لون بشرتهم، بينما يُنكرون أنهم سود (Kerwin, Ponterotto, Jackson, & Harris, 1993; M. A. Wright, 1998). وبالوصول إلى سن المراهقة، يصبح العرق أساسياً بشكل عام.

وتؤثر الهوية العنصرية على الأفكار والانفعالات والسلوكات، وهي ليست ثابتة، بل تتبدل نتيجة لتنوع العوامل، بما فيها الضغط والإعياء (Helms & Cook, 1999). وتتغير الاتجاهات حول العرق وقبول الأفكار الشائعة بتتابع تطوري قابل للتوقع يوازي التغيرات المعرفية في العوالم الأخرى (Cf. Belenky, Clinchy, Goldberger, & Tarule, 1989; Gilligan, 1982; ohlberg, 1981; Piaget, 1960). وفي كل عالم، يكون التفكير الأعلى أكثر مرونة وتجريداً وأقل ثنائية بطبيعته.

تركز النظريات التي تصف تطور الهوية العرقية بشكل عام على: (أ) الوعي بالعرق، (ب) الاتجاهات حول كلٍ من عرق الفرد الخاص والعرق السائد ثقافياً، (ح) القدرة على التفكير بشكل تكاملي بدلاً من ثنائي. (Cokley, 2002; Helms & ook, 1999, lattery, 2004; D.W.Sue & Sue, 1999). وهنالك أربع منهجيات عامة للهوية العرقية تُميز الملونين، وهي: القبول، والتنافر، والعداء (التضاد)، والوعي التكاملي. وليس بالضرورة أن تكون هذه المنهجيات ثابتة وتقدمية. وعلى الرغم من أن الشخص يُمكن أن يتواجد بشكل متكرر جداً في وضع واحد، إلا أن هذا الوضع يُمكن أن يتفاوت ضمن محادثة واحدة (Helms & Cook, 1999).

1. خلال مرحلة القبول، يكون الوعي بالعرق أقل مما هو عليه خلال المراحل والفترات الأخرى. ويتقبل الأشخاص الوضع الراهن بما في ذلك الأفكار النمطية السلبية عن مجموعتهم الخاصة، والإيجابية عن المجموعات الأخرى.
2. يواجه بعض الأشخاص الملونين في النهاية فترة التنافر، ويدركون أن المصادر والمعالجة موزعة على أساس العرق بشكل غير عادل وغير متساوٍ. ويُكافح الملونون من أجل فهم سبب حصول بعض الأشخاص الذين لا يستحقون على امتيازات خاصة، وسبب عدم حصول بعض المستحقين على تلك الامتيازات، وأيضاً السبب الكامن وراء إخبار الأشخاص الثقاة والمنظمات لهم (للملونين) بأمور تبدو خاطئة.
3. في وقتٍ ما يصبح الملونون عدائيين نحو مجموعة الأغلبية، بسبب الظلم الاجتماعي المُدرك والمحسوس وعدم الإنصاف. وخلال هذه الفترة يُصنفون الأشخاص بشكل ثنائي تبعاً للون، مُدركين وواعين لمجموعتهم الخاصة بإيجابية، في حين ينبذون ويسحقون (يُلغون) مجموعة الأغلبية.
4. يبدأ الملونون برؤية العرق بشكل أقل ثنائية خلال الوعي التكاملي، وهم على وعي متزايد بالعرق وتأثيره على أنفسهم وعلى الآخرين، إضافةً إلى أن بإمكانهم المحافظة والإبقاء على وجهات نظر إيجابية حول مجموعتهم الخاصة والمجموعات الأخرى، ويرون أعضاء مجموعتهم الخاصة والمجموعات الأخرى بطرق معقدة وصعبة، ويدركون أن لون البشرة لا يُبرز قيمة. ويستطيع الملونون أن يتعاطفوا ويتعاونوا مع المجموعات الأخرى، وهم أقل احتمالاً للتمسك بأي من أفكار المجموعة النمطية الإيجابية أو السلبية.

تتطور الهوية العرقية البيضاء وتتغير أيضاً، فهي تنتقل من وجهات النظر البسيطة إلى المعقدة بشكل مماثل: الاتصال، والانحلال (التفكك)، وإعادة التكامل، والاستقلال المزيف، والاستقلال (Helms & Cook,1999; Slattery, 2004). وعلى خلاف الملونين، يرى الأمريكيون الأوروبيون أنفسهم وعرقهم مبدئياً بشكل جيد وحَسَن، في حين يتقبلون الأفكار النمطية السلبية عن الأجناس الاخرى.

1. خلال مرحلة الاتصال لا يعي الأمريكيون الإوروبيون أن للعرق تأثيراً؛ ذلك أنهم عندما يرون ويدركون تأثيراً للعرق فهم لا يرونه إلا بشكل سطحي.
2. خلال مرحلة الانحلال (التفكك) فالأمريكيون الأوروبيون كما الملونين في مرحلة التنافر؛ حيث يبدؤون باكتشاف أن الحياة غير عادلة، لكنهم غير قادرين على فهم المُثل (النماذج والأفكار) غير المتوافقة ظاهرياً (مثل: الدليل على التمييز والتعصب مع نماذج الإنصاف والصدق والعدالة).

3. خلال مرحلة إعادة التكامل عَمِل الأمريكيون الأوروبيون على تسوية هذا النزاع، وذلك لفترة معينة على الأقل، مُنمذجين مجموعتهم الخاصة (جعلها مثالية) ومشوهين ومُقللين من سمعة المجموعات الأخرى. وهذا غالباً ما يتطلب إدراك المعلومات أو تحريفها بشكل انتقائي (مثال: الاستنتاج بأن "تلك فقط هي حياة التقدم"). وتساعد هذه التفسيرات على تبديد القلق المرتبط بالاعتراف بالظلم.
4. خلال مرحلة الاستقلال المُزيف يبدأ الأمريكيون الأوروبيون برؤية كل من الأمريكيين الأوروبيين والأشخاص الملونين على أنهم متفاوتون في "الطيبة والخير"، رغم أنهم يُخفقون في إدراك كلٍ من المواقف والأوضاع والحالات المتميزة التي يتمسكون بها أو العوامل المستبدة التي تؤثر على الملونين. وهم غير قادرين على إدراك أن الأمريكيين الأوروبيين يقع على عاتقهم بعض المسؤولية بالنسبة للمشكلات المتعلقة بالعرق وحل تلك المشكلات. وتعتمد التقديرات والتقييمات الإيجابية على معيار واحد (أمريكي أوروبي) للجدارة والاستحقاق، بدلاً من تعدد القيم.
5. خلال مرحلة الاستقلال يُصبح الأمريكيون الأوروبيون قادرين وبشكل مضطرد على إدراك التمييز العنصري (العرقية)، والتفكير بشكل مَرِن حول عرقهم والأجناس الأخرى، ورؤية الأشخاص الآخرين بشكل شخصي (غير موضوعي) وعلى أنهم متفاوتين بدلاً من أنهم مجرد أشياء ثنائية التفرع. وهم يدركون كلاً من الظلم والامتياز، ويتجنبون – مع أنهم ربما لا يصبحون نشطاء- الأعمال الظالمة والمستبدة.

تُبين مادة الحالة المتعلقة بهيلن تنسلي-جونز كيفية تأثير هويتها العرقية على أفعالها وخياراتها. وقد وَصفت هيلن فترات اللاوعي، والصمت، والمناقشة الصريحة، والوعي المُدرك فيما يتعلق بعرقها. وَقَبِلَت في بعض المواضع الوضع الراهن بشكل علني – بينما تشعر أنها وحيدة عند القيام بذلك- ولكنها رفضت الوضع الراهن أو قَبِلَت تعدد وجهات النظر في مواضع أخرى.

العمل بالهوية العرقية في المعالجة

Working with Racial Idintity in Treatment

إن وجود الوعي لدى الفرد بهويته العرقية الخاصة وبهوية الآخرين العرقية أمر هام لكي يُصبح مؤهلاً وكفوءاً بشكل متعدد الثقافات. وقد تؤثر الهوية العرقية على واجب المرضى تجاه الأطباء الإكلينيكيين، وعلى شكل التدخلات التي يتلقونها. خُذ بعين الاعتبار السيناريوهات الآتية:

- تُقرّ دارسة الحالة الأمريكية الأوروبية (الأخصائية الاجتماعية) بالحقيقة التاريخية للتمييز العنصري، لكنها ترفض حقيقته الحالية. وبعد المشكلات المنسوبة بشكل غير ملائم لمرضاها فقط، رفضت مساعدتهم أكثر لأن "بعض الأشخاص لا يرغبون بالمساعدة!". وبالمقابل، تُصبح مريضتها لاتينا (Latina) غاضبة، وترفض المعالجة المقدمة منها أو من أي دارس

حالة (أخصائي اجتماعي) آخر، قائلة: "إنهم جميعاً مثل ذلك!-متشابهون". (المريضة لاتينا: عدائية؛ دراسة الحالة الأمريكية الأوروبية: إعادة تكامل).

- يقبلُ مريض أمريكي إفريقي الأفكار النمطية السلبية عن عرقه، وهو لائمٌ لنفسه. تحاول طبيبته النفسية الأمريكية الأوروبية "اللطيفة" فهم التمييز الذي يواجهه، ولكنها غير واثقة من قدرتها على التعرّف والتحقق من هذه الأفعال وبشكل صحيح بوصفها تمييزاً. (المريض الأمريكي الإفريقي: متطابق (مُنسجم ومتوافق)؛ الطبيبة النفسية الأمريكية الأوروبية: انحلال وتفكك).
- تدخل إمرأة أمريكية إفريقية المعالجةَ مُحبطة (مكتئبة جداً) وتنزع للانتحار. إنها لا تريد العمل مع الرجل الأمريكي الإفريقي الذي حُددِ لتعمل معه؛ لأنها لا تشعر أن الأمريكيين الأفارقة يُمكن أن يكونوا مرشدين جيدين. ورغم أنها تحاول تحدي ردود أفعالها، إلا أنها ما زالت تميل إلى رفض كل ما يقوله مرشدها. ومرشدها شخص خبير جداً في الاستجابة للميول الانتحارية لدى المرضى، وقادر على العمل بشكل جيد مع الأشخاص الذين ينتمون لعِرقيات متنوعة، مدركاً ما وراء الأفكار النمطية المحدودة. (المريضة الأمريكية الإفريقية: تنافر (غير منسجمة)، المرشد الأمريكي الإفريقي: وعي تكاملي).

وكما يُرى في هذه السيناريوهات، فإن العرق والهوية العرقية يُمكن أن يزيدا من تنوع القضايا. لكن متى يكون الطبيب الإكلينيكي مؤهلاً للعمل مع مرضى مختلفي العرق؟ متى يجب أن يكون المرضى مُخصصين ومُحددين لأطباء إكلينيكيين ينتمون لنفس عرقهم، ومتى يكونون متخصصين ومحددين لأطباء إكلينيكيين آخرين؟ هل تُعتبر إحالة المريض لطبيب إكلينيكي من عرق آخر بناءً على رغبة المريض أمراً جيداً؟ كيف تؤثر الهويات العرقية للأطباء الإكلينيكيين على عملهم مع مرضى مختلفين ثقافياً؟ هل يستطيع الأطباء الإكلينيكيون في المراحل الأولى من تطور الهوية العرقية (مثل الاتصال والقبول) العمل بنجاح مع مرضى ينتمون لعرقيات أو ثقافات مختلفة ؟ إن الأخذ الجادّ بعين الاعتبار لهذه الأسئلة يُعدُّ الخطوة الأولى للعمل الكفؤ مع مرضى ينتمون لأعراق أخرى. ويمكن لهذه الأسئلة أن تكون صعبة ودقيقة، ويجب أن تناقش مع الزملاء وتحت الإشراف المستمر.

وبشكل متساوي الأهمية تستمر الرحلة في تعلم وفهم الثقافات الأخرى (Slattery, 2004). ويستطيع الأطباء الإكلينيكيون بكثير من الوعي الذاتي والفهم للمجموعات الثقافية الأخرى الاستجابة عن قصد لا باندفاع أو تهور؛ ذلك أنه متى ما كانت الاستجابة ملائمة فإنها يُمكن أن تكون مُساعِدة لإثبات وتأكيد المخاوف المتعلقة بالعرق، ومعالجتها مع المرضى، وذلك كما في المثال الآتي (Thompson & Jenal,1994).

أتساءلُ فيما إذا كُنتِ قلقةً بأنني أنا –المرأة السوداء- يُمكنني أن أفهمك أيتها المرأة البيضاء.

وسواءً كنتِ تعتقدين أنكِ قد فُرضتِ على مُرشدٍ أقل خبرة، [نعم...] فأنا قد كنت في هذا المجال لعشرة سنوات، وقمت بالكثير من الأعمال مع أشخاصٍ حاولوا الانتحار. (توقف مؤقت) أنا أريد العمل معكِ، لكنني أريد أيضاً أن أتأكد بأننا نعمل معاً بشكلٍ جيد. هَلاّ أخبرتني إذا كنت تشعرين بأنني لا أفهمك —؟ (المريضة الأمريكية الأوروبية: اتصال؛ الطبيبة الإكلينيكية الأمريكية الإفريقية: وعي تكاملي).

ماذا يعني أن تكون معالجاً "متعدد الثقافات"؟
What Does it Mean to be a "Multicultural" Therapist

إن مجال إرشاد الصحة النفسية (يُمكن أن يكون) متعدد الثقافات. إذا راعينا العمر، وأسلوب الحياة، والوضع الاجتماعي الاقتصادي وفروق الجنس ...
Paul Pederson

طوّر رجال الطبقة الوسطى العليا الأمريكيين الأوروبيين نماذج علاجية أكثر بقيمهم الثقافية الخاصة الحاضرة في عقولهم. وقد ركزت معظم نظريات الإرشاد والعلاج النفسي على نوعين من المرضى؛ هما: مرضى yavis)) – وهذه الكلمة مأخوذة من الحرف الأول للكلمات الإنجليزية Young أي شاب؛ و Attracrive جذاب؛ Verbal لفظي؛ Intelligent ذكي؛ Successful ناجح)، وتُشير بشكل خاص إلى المتخصصين الصاعدين ذوي البصيرة، ومرضى (QUOID) – وهي مأخوذة من الحرف الأول للكلمات الإنجليزية (Quiet هادئ؛ Ugly بشع وبغيض؛ Old كبير؛ Indigent فقير معوز؛ Dissimilar Culturally متباين ثقافياً)، وتُشير بشكل خاص إلى الأقليات العرقية أو الأشخاص الذين يعيشون على الرعاية والخدمة الاجتماعية، ولا يُناسبهم في الغالب القالب أو الطراز الذي صُمم لمعظم المعالجين. ويؤكد الإرشاد والعلاج النفسي على العقلانية، والتحليل، وتأمل النفس (الاستبطان – بحث الدوافع)، والتبصر (الفهم العميق)، والفردية، والاستقلال الذاتي بدلاً من الحدس (البديهية)، والعمل والتصرف، والجماعية، والاعتمادية.

وبشكل عام، يستجيب ويُفضل المرضى الذين ينتمون للأقليات العرقية والوثنية وأساليب المعالجة المباشِرَة والمنظمة والواضحة بدلاً من الطرق والأساليب غير المنظمة والغامضة (D.W.Sue, 1990). ويُفضلون على الأرجح المُعالجين الأكثر شفافية وكشفاً (أي إبداءً وإظهاراً). ولعدم تطابق وجهات نظرهم العالمية هذه عواقبَ ونتائج؛ إذ وجد أن مرضى الأقليات العرقية الذين يُقابلون طبيباً إكلينيكياً متبايناً عرقياً –على سبيل المثال– هم أكثر احتمالاً للإنهاء المبكر من المعالجة، ولامتلاك مُخرجات ونتائج أسوأ من أولئك الذين يُقابلون طبيباً إكلينيكياً متماثلاً عرقياً (Lam & Sue, 2001; S, Sue, 1998). من جهة أخرى، خلصت إحدى الدراسات إلى أن انسجام وتماثل المرضى والمعالجين فيما يتعلق بأهداف المعالجة وأساليب الكفاح والتحمل قد تنبأ بتعديلٍ أفضلَ، وتقييماتٍ أكثر ايجابية للمعالجة من قبل المريض.

لا يعزو سو (D. W. Sue, 2004) المشكلات في معالجة مرضى الأقلية العرقية إلى تمييز الأطباء الإكلينيكيين العنصري، والجنسي، والجنسي المثلي. وهو يعتقد أن زملاءه "ذوو نوايا حسنة، ويثقون حقاً بالوصول المتساوي والفرصة العادلة"، لكنهم يُعانون أيضاً من "صعوبة بالغة في تحرير أنفسهم من ظروفهم الثقافية ... إنهم مُقيدون –جوهرياً- بالنظرة العالمية الأمريكية الأوروبية التي تسمح لهم برؤية العالم من زاوية واحدة فقط" (p. 762). لذا صُممت المنهجيات (الطرق والأساليب) الموصوفة في كافة أنحاء هذا الكتاب لمساعدة الأطباء الإكلينيكيين على أن ينظروا إلى مرضاهم من وجهات نظر متعددة.

العلاقات العلاجية عبر الثقافات

Therapeutic Relationships Across Cultures

يصف جرين (Greene, 1985) أربعة منهجيات حتى تكون "عادلاً" في المعالجة والمعاملة مع الأشخاص الذين ينتمون لخلفيات ثقافية مختلفة. تشير المنهجية الأولى إلى أن بعض الأطباء الإكلينيكيين يُحاولون تجاهل الفروق الثقافية: "الناس هم الناس"، "نحن جميعاً متماثلون"، "أنا لا أنظر إلى اللون؛ بل إلى الشخص". إن محاولة عدم النظر إلى اللون (أن تكون مصاباً بعمى الألوان) من المحتمل أن تكون محاولة حسنة النية، لكن إنكار الفروق يؤدي بالأطباء الإكلينيكيين إلى الإخفاق بالاعتراف والإقرار بالدور الحقيقي للثقافة على سلوك الناس (APA, 2003; Greene, 1985).

إضافة إلى أن ذلك يُمكن أن يوجه الأطباء الإكلينيكيين إلى تطبيق التقييمات والتدخلات دون اعتبار ومراعاة للثقافة أو العنصرية أو الانحياز (سواءً للمريض أو للطبيب الإكلينيكي أو للثقافة)، والكيفية التي يُمكن أن تؤثر بها كل واحدة من هذه الأمور على السلوك (Greene, 1985; Pedersen et al.,2008).

ويُناقش جرين (Greene, 1985) ثلاثة منهجيات أخرى يتبناها الأطباء الإكلينيكيون في محاولة منهم ليكونوا مُتجاوبين ومستجيبين للقضايا الثقافية. فالأطباء الإكلينيكيون الذين يتبنون وجهات نظر أبوية يعزون وينسبون كل المشكلات إلى العرق أو الثقافة، ويقومون بحل مشكلات مرضاهم؛ لأنهم يفترضون أن مرضاهم غير قادرين على القيام بذلك بأنفسهم. ورغم أن هذه المنهجية مقصودة بشكل جيد إلا أنها تُخفق في تشجيع المسؤولية أو مساعدة المرضى على إدراك ومعرفة مدى الضبط والرقابة الذي يمتلكونه، وتُشجع –بدلاً من ذلك- الاعتمادية. أما الأطباء الإكلينيكيون الذين يتبنون موقف غير المشروط (المطلق) يتقبلون وجهة نظر مرضاهم عن المشكلات، ويشجعونهم للتصرف بناءً على مشاعرهم دون اعتبار لوجهات نظر الآخرين وحقوقهم، أو دون اعتبار لتحمل مسؤولية إسهاماتهم في المشكلات. وعلى هذا فالطريقة الأكثر أخلاقية للعمل مع الأشخاص الذين

ينتمون لثقافة أخرى هي واحدة من الإقرار والتحدي المُتسم بالاحترام- الإقرار والاعتراف بتأثيرات الثقافة والانحياز والتمييز، في حين يتم تحدي المرضى من أجل ممارسة السيطرة المناسبة على حياتهم ومشكلاتهم (Greene, 1985).

Food for Thought غذاء للفكر

راقب استجاباتك الخاصة، واستجابات الآخرين نحو القضايا المتعلقة بالثقافة لعدة أيام. هل تُلاحظ أمثلة أخرى -بالإضافة إلى التمييز العنصري الواضح لمنهجيات جرين الأربع الأخرى (Greene, 1985)؟ كيف كان شعورك عندما رأيت شخصاً ما يستخدم واحدة من هذه المنهجيات؟ كيف كانت استجابته؟

حتى تُصبح مؤهلاً ثقافياً Becoming Culturally Competent

جئت من الشرق، ومعظمكم (هنا) غربيون. إذا نظرتُ لك بشكل سطحي، فنحن مختلفون. وإذا ركزت على ذلك المستوى فستكون أكثر بعداً. وإذا نظرت لك كما أنظر لنوعي الخاص، كبشر مثلي يملك أنفاً واحداً وعينان وما إلى ذلك، فإن ذلك البعد سيختفي آلياً. نحن نفس اللحم البشري. أنا أطمح للسعادة وأنت كذلك. ومن منطلق ذلك الاعتراف المتبادل نستطيع بناء الاحترام والثقة الحقيقية تجاه بعضنا البعض ومن ذلك يُمكن أن يأتي التعاون والانسجام

The Dalai Lama (in craig, 2002)

يرى معظم الأشخاص قيمهم ومعتقداتهم وعاداتهم وافتراضاتهم بشكل مبدئي على أنها معيارية، وعلى أنها أيضاً الطريقة "الصحيحة" للقيام بالأشياء. لذا، وحتى تصبح مؤهلاً ثقافياً فإن ذلك يتطلب تغييراً نوعياً في الفهم والإدراك – من وجهة النظر الجوهرية إلى البنائية. ويدرك الأطباء الإكلينيكيون المؤهلون ثقافياً أن المعرفة تُبنى اجتماعياً. ولاتوجد حقيقة مطلقة. بل بدلاً من ذلك تتشكل المعرفة كنتيجة للعادة والخبرة والعمليات الإدراكية. علاوةً على ذلك، يُدرك الأطباء الإكلينيكيون أنه وبالرغم من أن الناس يتشابهون بطرق كثيرة، إلا أنه لا يوجد اثنان متشابهان تماماً؛ إذ أن لديهما خبرات وسياقات مختلفة جداً تشكل عالم كل واحد منهما، وتؤثر على ما يراه والكيفية التي يرى بها (Pederson et al., 2008). لذلك، تُعد "كل التفاعلات متداخلة ثقافياً" ... كل خبرات وتجارب حياتنا تُدرك وتُشكل من خلال منظوراتنا الثقافية الخاصة" (APA, 2003, P. 382).

باختصار، يدرك الأطباء الإكلينيكيون ويتقبلون الثقافات والفروق في القيم والمعتقدات والإفتراضات والتفضيلات الثقافية (APA, 2003; Sturat, 2004). وهم يميزون الاتجاهات والمعتقدات التي يُمكن أن تؤثر سلباً على تصوراتهم وتفاعلاتهم مع المرضى الذين ينتمون لثقافات أخرى، ويطورون

كذلك حساسية ومعرفة وفهماً متعدد الثقافات والفهم. وهم يستخدمون المهارات والتقنيات الملائمة ثقافياً في ممارساتهم الإكلينيكية.

Food for Thought غذاء للفكر

خذ بعين الاعتبار الانتماء العرقي، والعرق، والجنس، والسياق في حياتك وممارستك (عُدل من قبل Fukuyama & Sevig, 1999):

1. ما أنواع الخبرات التي تملكها فيما يتعلق بالانتماءات العرقية والأجناس والسياقات الخاصة بك، وتلك الأخرى (الخاصة بالآخرين) طوال حياتك؟ هل كانت إيجابية في المقام الأول؟ سلبية؟ مُختلطة؟
2. ما هي القيم والمعتقدات الثقافية الخاصة -إن وجدت- الأكثر أهمية بالنسبة لك في الوقت الحاضر؟ كيف يُمكن لها أن تكون مصدراً للارتباط أو النزاع والتصارع فيما بينك وبين مرضاك؟
3. بأي السبل والوسائل تعتقد أن انتماء مرضاك العرقي وجنسهم وسياقهم يُمكن أن يكون مصدر قوة؟ مصدر ضعف؟
4. ما أنواع المرضى أو المشكلات التي تشمل الانتماء العرقي والأجناس والقضايا السياقية الأخرى التي تتوقع أن تكون الأكثر تحدياً بالنسبة لك؟ أيها ستكون أكثر إثارة للاهتمام؟ لماذا؟

المهارات المعرفية (الإدراكية) للطبيب الإكلينيكي متعدد الثقافات

The Cognitive Skills of a Multicultural Clinician

أكدّ س. سو (S. Sue, 1998) على أن العمليات المعرفية (الإدراكية) النشطة المشمول بالكفاءة والأصلية هي متعددة الثقافات، واستنتج أن المعالجون المؤهلون ثقافياً يجب أن يكونوا أيضاً مهتمين علمياً، وقادرين على تطبيق فهمهم للثقافات بشكل مرن. ثم إن وجود الوعي والإدراك بالقيم والمعتقدات والإفتراضات والتفضيلات الثقافية، واستخدام الفكر العلمي، وتطبيق معرفة الفرد بشكل مَرِن هي أمور مركزية للعمل بفاعلية مع المرضى المُختلفين ثقافياً، ومهمة كذلك عند تطوير الفهم التعاطفي في أي عمل إكلينيكي.

والأطباء الإكلينيكيون المؤهلين ثقافياً مُهتمون علمياً؛ فهم على وعي وإدراك بالبحث الذي أُجري على فروق واختلافات الجماعة، ويستخدمون ذلك لتوجيه التقييمات والعلاج بينما يبقون حساسين للفروق الفردية (S.Sue, 1998). ويختبر الأطباء الإكلينيكيون المؤهلون ثقافياً فرضياتهم؛ إذ قد يقتربون من مريض جديد كما فعلت راندي (Randi):

راندي: المريض الجديد الذي أتعامل هو امرأة أمريكية من أصل إفريقي. وأنا أتساءل كيف ستؤثر هويتها العرقية على قدرتها على العمل معي (امراة بيضاء من الطبقة الوسطى). هل ستكون مرتاحة بالعلاج النفسي، وخاصة مع القيم المتأصلة في منهجي ونظرتي المثالية؟

ولأن مريضتي بدأت بفقد بصرها مؤخراً. ويبدو أنها تواجه مخاوف تتعلق بذلك، فعلينا أن نأخذ بعين الاعتبار أيضاً مدى اتساع وعمق نظام الدعم لديها، واحتياجات تنقلها الخاصة، والفرص والعقبات المحتملة المتعلقة بنظرها. وأنا أحتاج إلى أن أدرك أن تخميناتي حول القضايا المحتملة هي مجرد فرضيات يجب أن يتم اختبارها وفحصها مع الوقت، والتي يجب أن تقود إلى تغييرات في سلوكي.

والأطباء الإكلينيكيون المؤهلون ثقافياً يعترفون بالفروق الثقافية ونتائجها بالنسبة للمعالجة. فهم يفهمون وجهات نظرهم العالمية، ويعترفون بالمجموعات الثقافية التي يعملون معها، ويمتلكون تقنيات واستراتيجيات تدخل تلائم العمل مع مرضى المجموعات الثقافية بشكل استثنائي (S.SUE, 1998).

من خلال معرفة هذه الأمور، قد تُفكر راندي بشأن مريضتها الجديدة كما يأتي:

راندي: رغم أنني أكثر ميلاً للجماعة في التوجه مقارنةً بالعديد من الأمريكيين والأوروبيون، إلا أنني على الأرجح أقل ميلاً للجماعية من مريضتي. فأنا على الأرجح أقدر التفكير المنطقي والاختزالي أكثر، ومتحفظة انفعالياً إلى حد ما معها (أكبت مشاعري)، وخاصة فيما لو كان هنالك مشكلات في فهم بعضنا البعض.

لا يُمكن لجميع أعضاء المجموعة –بالطبع- أن يكونوا متماثلين، فالأطباء الإكلينيكيون المؤهلون ثقافياً قادرون على الإشتراك في التحجيم الديناميكي (S.Sue,1998). ويستطيع الأطباء الإكلينيكون المؤهلون ثقافياً تطبيق معرفة القيم الثقافية ووجهات النظر العالمية والسلوكات على المرضى الأفراد بشكل مرن، مُدركين الأنماط الثقافية بينما يتجنبون الأفكار النمطية. ومن المفيد ألا نعتقد أن لا نتيجة للثقافة، وألا ننسب كل شيء لها؛ إذا أن كلا الاعتقادين يتداخل مع تطور التعاطف.

والأطباء الإكلينيكيون المؤهلون ثقافياً قادرون أيضاً على إصدار تعميمات مناسبة بواسطة خبراتهم وتجاربهم الخاصة. إنهم يستطيعون فهم رد فعل رجل شاذّ يجري التمييز ضده، وذلك اعتماداً على تجاربهم الخاصة مع التمييز. وهم يدركون أيضاً أن المُتعرض للتمييز مرة بعد مرة على أساس العرق قد يشعر بأنه مختلف عَمَن تعرض للتمييز بسبب التوجه الجنسي. وعلى هذا، فربما

يستجيب الأطباء الإكلينيكيون المؤهلون ثقافياً كما فعلت راندي:

راندي: ما هي الأفكار النمطية والانطباعات التي امتلكها عن هذه المريضة الخاصة وثقافتها؟ إلى أي درجة تعتبر مثالية بالنسبة للمرأة الأمريكية الإفريقية من الطبقة العاملة؟ وبالنسبة للأشخاص الذين فقدوا بصرهم؟ بأي السبل والوسائل تعتبر خبرتها فريدة وفذّة؟ كيف يُمكن لخبرتي أن تساعدني على فهمها؟ ما المشكلات الكامنة وراء تعميم خبرتي وتجربتي؟

رغم أن هذه الأفكار -الوعي بالفروق الثقافية، والأفق (الفكر) العلمي، والتحجيم الديناميكي- تُعد نماذج تستحق الكفاح والنضال من أجلها، لكن كيف يبدأ الأطباء الإكلينيكيون بالتحرك نحوها؟ لقد قام عدد من المؤلفين (APA, 2003; Stuart, 2004; S. Sue, 1998) بوصف استراتيجيات تطوير الكفاءة والأهلية الثقافية. ويُلخص الجدول (4.3) هذه الاستراتيجيات المعرفية والعاطفية والسلوكية.

جدول (4.3): اقتراحات لتطوير الكفاءة والأهلية متعددة الثقافات

1. تعرف واضبط التحيز الشخصي من خلال أن تصبح واعياً ومدركاً للقيم والمعتقدات والافتراضات الشخصية، ومن خلال تقييم مصادرها وصحتها.
2. فكر بالأشخاص الذين يستخدمون مجموعة معقدة من الفئات الثقافية، وكُن واعياً بأن الاختلافات في القيم والمعتقدات والافتراضات والعادات والتفضيلات الثقافية يُمكن أن تكون هامة لمسار المعالجة.
3. كن ماهراً في الاستماع لكل توقع ووجهة نظر ثقافية فريدة للشخص.
4. استمع بعناية ودقة وحساسية إلى الفروق الثقافية دون تطبيق صارم للفئات والأنواع.
5. طوّر استراتيجيات لتمييز ظهور هويات المرضى الثقافية.
6. طوّر استراتيجيات لتمييز قبول الشخص للمواضيع ثقافياً المرتبطة.
7. قيّم بشكل حاسم البحث المرتبط ثقافياً قبل تطبيقه في الممارسة الإكلينيكية.
8. استخدم تقنيات تقييم ملائمة ثقافياً.
9. ضع في السياق النتائج المنبثقة من التقييم باستخدام فهم القيم الثقافية، والمعتقدات، والسلوكات، والاتجاهات المستَبِدَة.
10. خذ بعين الاعتبار ثقافات المرضى ووجهات نظرهم في اختيار المعالجين والتدخلات وأهداف المعالجة.
11. احترم قيم ومعتقدات وعادات وتفضيلات المرضى بينما تؤثر عليهم بشكل ملائم.

ملاحظة: عُدِلّ من قِبَل (APA. 2003; Stuart. 2004; S.Sue. 1998)

الخلاصة Summary

فضلاً عن التركيز على الحاجات الفريدة لمجموعات الأقلية العرقية العنصرية، فإن هذا الفصل قد أكَدّ على الطرق التي تشير إلى أن كل الأشخاص كائنات ثقافية وعرقية من خلال الهويات الثقافية المتعددة (مثل العرق، والانتماء العرقي، ونوع الجنس، والطبقة الإجتماعية، والدين، والتوجه الجنسي، وما إلى ذلك). وتؤثر كل هوية ثقافية على القيم والأهداف والعادات والتفضيلات والمعتقدات والطرق التي يُدرك بها الأشخاص العالم، ويُدركون بها من قبل الآخرين. ويُساعد الانتباه والاهتمام بالثقافة الأطباء الإكلينيكيين على إحتواء خبرات المرضى، وإدراك المعاني التي يستخلصونها، والاستماع بتعاطف.

ويستطيع الأطباء الإكلينيكيون تشكيل فرضيات تتعلق بتأثيرات الثقافة من خلال مراعاة تنوع المصادر. وهذه تتضمن فحص ودراسة البحث المتعلق بوجهات النظر العالمية النمطية والتقاليد والتوقعات والتحديات. ويؤثر السياق التاريخي للمجموعة وخبراتها النمطية حتى عندما يختلف ذلك عن السياق التاريخي والخبرات النمطية الخاصة بالمريض- على الكيفية التي يرى بها المرضى أنفسهم، والكيفية التي يُنظر لهم بها الآخرون، وعلى المعاني التي يكتسبها المرضى إستجابة للضغوط، وعلى إستراتيجيات كفاحهم.

ولأن للأشخاص هويات ثقافية متعددة، ربما يكون من الصعب رؤية وإدراك الثقافة على المستوى الفردي. وهذه الصعوبة تأتي أيضاً مما هو هامٌ ضمن تغير المجموعة الذي يُمكن أن يُخفي حتى فروق المجموعة الكبيرة باعتدال. ومع ذلك، وكما أشارت كاتي روبنسون (Robinson, 2002) فيُمكن أن يكون من السهل تعريف وتمييز المجموعة والفروق الثقافية في ثقافةٍ تختلف عن ثقافة الفرد نفسه.

وكما هي مظاهر الهوية الأخرى، فإن الهوية العرقية تتغير كجزء من العملية التطورية الطبيعية. وبشكل عام، تمتد الهوية من قبول الأفكار النمطية الايجابية والسلبية، والاعتماد على التفكير الثنائي إلى مزيد من التفكير المرن والمعقد الذي يُدرك أن "الطيبة" مستقلة عن لون البشرة. والهوية العرقية مهمة لعملية العلاج، وتؤثر بشكل خاص على تَقبُّل المعالجين وقبول أفكارهم، وتُسهم في الإنتهاء المبكر من العلاج، وخاصة عندما يكون المُعَالِج المُحدد هو نظير ضعيف بهوية المريض العرقية.

تنتبه وتراعي العلاجات متعددة الثقافات قضايا الظلم والإمتياز —والتي تعني على التوالي: طرق الحياة الأقل من عادلة أو دور المنافع والمزايا غير العادلة. أما تمييز الظلم وتحدي الإمتياز فيُمكن أن يكونا استراتيجيتان لبناء تحالف علاجي قوي، وإدراك عدم المساواة في الحياة، ودعم التغيير

الفردي والمجتمعي على حدٍ سواء. وبالإضافة إلى مناقشة الظلم والامتياز، فإن معظم المنهجيات متعددة الثقافات تؤكد على استخدام تشجيع التدخلات في إطار علاقة عادلة.

حتى تصبح مؤهلاً متعدد الثقافات، فهذه عملية قائمة بذاتها. ويتحدث س.سو (S. Sue. 1998) عن هذه العملية على أنها احتياجٌ عقلي علمي، وكفاءة ثقافية، وتحجيم ديناميكي. وهذا يعني أن المعالجين المؤهلين ثقافياً يختبرون فرضياتهم عن مرضاهم بدلاً من افتراض أفكار نمطية غير مرنة، وهم واعون ومدركون بالفروق الثقافية، لكنهم يأخذون بعين الاعتبار الدرجة التي تطبق عند هذه الأفكار النمطية على المرضى. وحتى تصبح مؤهلاً ثقافياً فإن ذلك يتطلب إدراك دور الثقافة في حياة الفرد الخاصة ومراعاة واحترام الكيفية التي تؤثر بها الثقافة على حياة المرضى، والاهتمام بالقيم والأهداف، واستخدام أدوات التقييم ومنهجيات علاجية ملائمة ثقافياً (APA, 2003; Stuart, 2009).

كيف تُطبق هذه القضايا في حياتك وعملك؟

1. يواجه أكثر الأشخاص بعض أنواع الظلم والامتياز على حدٍ سواء. بأي الطرق والوسائل تغدو حياتك ذات امتيازات؟ ما الأمور التي ترى نفسك أقل قدرة على القيام بها، أو الشعور بها، أو قولها، أو هي نتيجة لعضوية مجموعتك؟ ما الأمور التي تعتقد أنه يجب عليك القيام بها، أو الشعور بها، أو قولها أن تكون نتيجة لعضوية مجموعتك؟
2. فكر بالفترة التي مرت في حياتك عندما شعرت وكأنك كنت في الخارج (أجنبي). كيف شعرت؟ كيف تأثر أداؤك - ايجابياً أم سلبياً؟ ما هي النتائج التي تتوقعها إذا شعرت بهذه الطريقة معظم الوقت؟
3. ما هي أوجه التشابه بين الخبرات في حياتك وردود فعل السيدة روبنسن والدكتورة تنسلي - جونز؟ كيف يمكن استخدام أوجه التشابه هذه لفهم نفسك -أو أي شخص آخر- بطريقة أفضل؟
4. طوّر خطة لتوسيع قدراتك وكفاءاتك متعددة الثقافات باستخدام الأفكار الموجودة في الجدول (4.3)، وكذلك بقية هذا الفصل.

الجزء الثالث 3

تطوير التقييمات السياقية والتعاطفية
Developing Contextualized and Empathic Assessments

يركز هذا الجزء من الكتاب على تطوير الأدوات والاستراتيجيات الضرورية لتطوير تقييمات إكلينيكية قوية سياقية وتعاطفية. يصف الفصل الخامس الملاحظة واستراتيجيات التفكير الناقد التي تعتبر أساساً لعملية التقييم. أما الفصل السادس فيصف أربع استراتيجيات تقييم تساعد على تأطير التقييم الإكلينيكي (وضعه في السياق). في حين يصف الفصل السابع الكتابة الإكلينيكية الفاعلة، والتي تعتبر استراتيجيةً لتوصيل التقييم الإكلينيكي التعاطفي وطريقةً لتطوير التعاطف بشكل أكثر على حد سواء. أما الفصلان الأخيران من هذا الجزء فيعرضان الكيفية التي يستخلص بها الأطباء الإكلينيكيون الأفكار في الفصول (5-7) لتطوير منهجيات مميزة ومخصصة للمعالجة. يبين الفصل الثامن كيفية قولبة (تكييف) معالجة للمريض مستندة على الأسئلة المرجعية (أسئلة الإحالة)، وطور (مرحلة) نظرية التغيير، والاختيارات الدقيقة للأهداف. أما الفصل التاسع فيصف حالة عملية التصور المفاهيمي التي تتأثر بالأسئلة المرجعية وعملية التقييم وأهداف المرضى والنظرية والبحث الدقيق. وينتهي هذا الفصل بنقاش حول كيفية استخدام حالة التصورات المفاهيمية لإيجاد خطط علاجية مميزة ومفيدة.

الفصل الخامس 5

الملاحظات الدقيقة والتفكير الناقد في تطوير تقييمات تعاطفية

Careful Observations and Critical Thinking in Developing Empathic Assessments

إلى أين نتجه؟

1. كيف تختلف الملاحظات والاستنتاجات؟
2. كيف تؤثر وجهة النظر العالمية على التصورات والتقييمات؟
3. ما هي العمليات النفسية والاجتماعية التي تنحاز وتؤثر في عملية التقييم؟
4. كيف يمكن أن يُرى ويدرك التفكير الناقد في العمل الإكلينيكي؟
5. كيف يؤثر السياق على التقييمات؟
6. لماذا يُعتبر إدراك نقاط القوة أمر هام لتطوير تقييم قوي؟
7. لماذا ينبغي أن تُميّز وتعترف التقييماتُ بنقاط القوة والضعف، على حدٍ سواء؟

لماذا يجلب الكوارث؟ Why Court Disaster?

إمنم Eminem

قال وعَمِل موسيقار الراب الأبيض إمنم (Eminem) المولود عام (1972) أشياء تبدو مصممة ومتعمدة للإهانة والإزعاج. وعندما سُئل عن دوافعه لقول مثل تلك الأشياء، قَدّم عدة أنواع مختلفة من الإجابات. يُوضّح إمنم ذلك بقوله: "أنا من مدينة ديترويت، حيثُ هي مدينة قاسية، وأنا لست متحدثاً لبقاً (Gabriella, 2001, para. 15). ويضيف أن الكلمات مثل "شاذ جنسياً" لا تحمل بالنسبة له نفس المعنى الذي قد تجعله بالنسبة للآخرين. "إنها تعني فقط بأنك كادح. بأنه تافه أو ما شابه ... حين تقاوم شخص ما، فإنك تعمل كل ما بوسعك لإظهاره مجرداً من الرجولة" (Gabriella, 2001, para. 13).

يتساءل امنم لماذا يبدو ما يقوله خارجاً عن السياق، وله مدلولات (معانٍ) مختلفة عما قد يعنيه عندما يقول شخص آخر نفس الأشياء. "كما تعرف، أنا أسميه صادقاً، لكن هل الشخص التافه الذي يقوم بعمل أشياء مَرَضِيَّة هابطة سراً ولا يتحدث عنها هو هادئ؟" (Gabriella, 2001, para. 17).

> كُلُّ أقول، لو أقول كلمة شاذ جنسياً في ألبومي، فإنها تؤخذ كما لو أنني أتكلم مباشرة إلى الشاذّين، إنني مثلي الجنس ومؤثر سيء على الأطفال. لكن لو تشاهد فيلم "الفطيرة الأمريكية" فإن نفس الكلمة مستخدمة في الفيلم، وذلك أمرٌ عادي وبارد عند كل شخص. فلماذا لهم كل الحق في قولها، في حين لو أقولها على أسطوانة التسجيل فهو ليس بالأمر الحَسَن؟ (Bozza, 2002, para. 51).

على الرغم أن قصائده الغنائية ولغته غالباً ما تتصف بالعنف وكره النساء وHomophopic، إلا أن إمنم عمل وقال أشياء تتحدى وصف وتصوير الخصائص البسيط. أنشأ إمنم مؤسسة خيرية تخدم الشباب المحروم في مدينته الأصلية، وغنّى مع ألتن جون (الذي يعرف بشكل صريح أنه أخنث – ثنائي الجنس)، ووصف نفسه على أنه أب محبوب ومخلص لإبنته. (Lane, 2004). استنتج ألتن جون (2005) أن "إمنم يمتلك القدرة لقول ما يشعر به ولجعل الأشياء العدائية والمزعجة هزلية مسلية. وذلك أمر ضروري جداً اليوم في أمريكا مع الناس المكممين (المكبوتين والمُسكتين) ومع السخرية والتهكم التي تصبح فناً مفقوداً" (P. 90).

1. كيف شعرت تجاه إمنم بينما تقرأ هذه القطعة؟ كيف يُمكن لهذه المشاعر أن تؤثر على عملك معه؟ ما الذي قد يساعدك للعمل معه بفاعلية بوصفه مريض؟

2. ما الذي تعرفه عن إمنم ووجهة نظره العالمية بناءً على المقتطفات المبينة أعلاه من مقابلته ومن هذا التاريخ المقتضب؟ ما الدليل الذي يدعم استنتاجاتك؟

3. يقول الناس أحياناً أشياء ليست حقيقية. يقول إمنم أنه صادق عندما يحلف. كيف يمكنك بطريقة أخرى أن توضح الأشياء التي يقولها؟ كيف تعرف فيما إذا كان صادقاً؟

4. تربى إمنم في مركز مدينة ديترويت في أسرة من الطبقة العاملة. كيف تعكس تعبيراته وأفعاله تلك التربية وطبقته الاجتماعية؟ انظر الجدول (5.1).

5. هل تغيرت صورتك عن إمنم بينما تقرأ عن أجزاء أخرى من حياته؟ كيف تفهم هذه التناقضات الظاهرة؟

جدول 5.1:

فروقات الطبقة الاجتماعية بين الأمريكيين الأوروبيين

المكانة الاجتماعية — الاقتصادية المتدنية	المكانة الاجتماعية — الاقتصادية العليا المتوسطة
الوالدية — الطريقة والأهداف	
يتربى الأطفال بأسلوب الفردية القاسية. ويجب تنشئة الأطفال على القسوة للإبقاء على هويتهم وقيمهم في عالم مضطرب. يتم اختبار الأطفال والتعارض معهم وتعريضهم لأحداث وانفعالات سلبية.	يتربى الأطفال بأسلوب الفردية المريحة. الأطفال "ورود رقيقة" يجب أن يُسمح لهم بأن يكتشفوا أنفسهم ويتفتحوا في عالم ودّي.
يُشجع الأطفال ليصبحوا معتمدين على أنفسهم، ومنضبطي الذات وصادقين وعادلين وثقاة.	يُشَجّع الأطفال على تحقيق الذات، والتعبير عن أنفسهم، ويُعطون الخيارات.
القيم	
يقدرون الصدق، والأمانة، والعدل، والثقة، التكيف مع الأحداث غير المتوقعة، ومقاومة التأثير الاجتماعي.	يقدرون بشكل خاص النمو، والسيطرة، والإنتاجية.
الفرص الاقتصادية والسياسية	
كسبهم المادي متدنٍ بشكل عام، ولديهم خيارات كسب مادي متدنٍ، ولديهم فرص سكنية أقل وأكثر خطورة، وقابلية حركة جغرافية (ترحال وتنقل) أقل، ومخرجات صحية رديئة جداً، وأوقات فراغ أقل.	غالباً ما يكسبون نقوداً أكثر، ولديهم فرص سكنية أكثر وظروف معيشية أكثر أماناً، وقابلية حركة جغرافية أكثر، ومخرجات صحية أفضل، وأوقات فراغ أكثر.
لديهم إحساس أكبر بقلة حيلتهم وقدراتهم. يعانون من قدرة التركيز على الواقع الخارجي والثقة بالنفس . يركزون على ضبط الذات ويبدون قناعة عندما يعجزون عن تحقيق ما يريدون.	يتوقعون قدرة أعظم للسيطرة على عالمهم ويصبحون أكثر إحباطاً عندما لا يستطيعون تحقيق ذلك. يتوقعون أن الحصول على ما يشاؤون يجب أن يكون ممكناً وسهلاً.
طبيعة العمل	
غالباً ما تعتمد أعمالهم على القدرات العضلية والجسدية. لا يقدرون الأعمال الفكرية والتعليمية كثيراً.	يعتمد العمل في الغالب على المهارات الفكرية، وقد يكون غير ظاهر للمراقب العادي. المهارات الفكرية، بحد ذاتها، ذات قيمة.
التواصل	
غالباً ما يكون التواصل بجميع صوره، والمتضمن للغضب مباشراً وصريحاً.	التحدث عن الصراع والمشكلات بشكل مباشر يوجد مشكلات ويمزق النسيج الاجتماعي. يجب أن يُخفى الغضب أو يُكبت أو أن يكون غير مباشر.

ملاحظة: مستند على (L. M. Brown, 1998; Nelson, Englar-Carlson, Tierney, & Hau, 2006; Snibbe & Markus,2005)

آراء (وجهات نظر) عالمية فعّالة: كيفية تأثير الافتراضات والقيم على الممارسة الإكلينيكية
World Views in Action: how Assumptions and Values Affect Clinical Practice

نحن لا نرى الأشياء كما هي، بل نراها كما نحن
Anaïs Nin

يعتقد معظم الأشخاص أنه بإمكانهم فهم الآخرين، على الرغم من أن الأدب النفسي الاجتماعي يُبين بوضوح أن الناس يميلون إلى ارتكاب الأخطاء الثابتة والمتوقعة. يقدم هذا الفصل أدوات لاستخدام الأُطر المطورة في الفصول السابقة بشكل فاعل. ويؤكد هذا الفصل وبشكل خاص، على البحث عن تفسيرات أخرى للملاحظات، وعلى إدراك دور السياق وفهم نقاط القوة والضعف.

إن ملاحظة السلوك بدقة وحذَرَ قبل استخلاص الاستدلالات والاستنتاجات هي خطوة أولى هامة لتكون مُلاحظاً جيداً وإكلينيكياً فاعلاً. وعلى أية حال، يعتمد العمل القوي على أن تكون واعياً وفاحصاً للفرضيات المتعلقة بالآخرين والعالم. إن هذه المعتقدات غير المُجربة والمفحوصة غالباً ما تكون غير ظاهرة و خارج الوعي. قد يعتقد بعض الإكلينيكيين أن المرضى يتصرفون مع الآخرين بالطريقة التي يتصرفون بها أثناء جلسات الإرشاد. ذلك أن سلوكهم عاكسٌ للسمات الشخصية الأساسية، أو أنه لا يُمكن الوثوق بهم لقول الحقيقة. وقد يظنون أن أبناء الأزواج المُطَلَقين يطمئنون بوجودهم مع أمهاتهم، ذلك أن الرجال لا يمتلكون البصيرة أو غير مهتمين بالعلاقات البينشخصية، أو أن التغيير دائم الحدوث داخل وخارج العلاج على حدٍ سواء.

يعد إدراك الافتراضات ونتائجها أمر مهم لعملية العلاج. ثم إن لبعض الافتراضات نتائج إيجابية. فعلى سبيل المثال، يُمكن أن يساعد الاعتقاد بأن الناس يمتلكون قوىً وطاقات يمكن استخدامها لحل مشكلات المعالجَ على التعرف على استراتيجيات التدخل. أما الافتراضات الأخرى مثل أن المرضى المُحالين من قبل المحكمة لا يرغبون بالتغيير، فقد تكون دقيقة أحياناً، إلا أنها قد تتعارض مع التحالف العلاجي وعملية التغيير.

تتفاوت قيّم الأطباء الإكلينيكيين بشكل واسع جداً، وتؤثر في كلٍ من تصوراتهم وأهدافهم (Liszcz & Yarhouse, 2005; Pitts & Wallac, 2005). فعندما يعتقد الأطباء الإكلينيكيون أن التعليم والإنجاز مهمان، فإنهم أكثر احتمالاً لإدراك الأشخاص الذين لم يتموا تعليمهم أو الذين لم يعملوا خارج المنزل على أنهم كُسالى أو غير مسؤولين. من وجهة أخرى، فإن الأشخاص الذين كانت لهم عوائل بدلاً من دخول الكلية فإنهم قد يشكون بالوقت "المُهدر" على الإنجاز والمقضي مع الأشخاص المهمين كثيراً. إن الأطباء الإكلينيكيين الذين يقدرون الأطفال النشطين والفضوليين قد يستجيبون بشكل سلبي للأطفال الأهدأ، وربما يرونهم كخاملين. بالمقابل، قد ينظر الأطباء الإكلينيكيون الذين

يتوقعون أن يكون الأطفال مهذبين للطفل النشط على أنه مفرط في النشاط.

إن لقيّم الأطباء الإكلينيكيين تأثيرٌ مباشرٌ على عملية المعالجة (Liszcz & Yarhouse, 2005; Norcross & Wogan, 1987). إذ تؤثر قيم ومعتقدات المرضى والأطباء على اختيار الطريقة العلاجية، وتحديد المشكلة والأهداف، وعلى قدرة المرضى على التغيير (Bolter, Levenson, & Alvarez, 1990; Ford & Hendrick, 2003; Liszcz & Yarhouse, 2005). إن للتقييمات الإكلينيكية المتعلقة بطبيعة أسباب المشكلات قوة مُصَاحِبة كبيرة. فالاستنتاج بأن طفلةً ما مُعارضة، لَهُ نتائج مختلفة بالقياس إلى الاعتقاد بأن والديها ينشغلان عنها بالصراع على السلطة. وبدلاً من صياغة سلوك الآخرين بفرشاة واسعة (أي التغطية على سلوكاتهم وإخفاؤها)، فإنه من الممكن أن يكون مُجدياً أن نتساءل متى يكون الطفل مُعارِضاً، ومَع مَن، ملاحظين خلال ذلك متى بدأ الآباء النزاع على السلطة ومتى هم قادرون على تجاوزه.

Food for thought غذاء للفكر

بالنظر إلى افتراضاتك المتعلقة بالأشخاص الذين يناقشون الطريقة والأسلوب اللذان عَمِل بهما إمنم. هل ستساعد في المعالجة أم ستتعارض معها؟

العمليات الاجتماعية السيكولوجية المؤثرة في الأحكام (القرارات) الإكلينيكية
Social Psychological Processes Influencing Clinical Judgments

ماذا يحدث عندما يوضع الناس الطيبون في مكان فاسد؟ هل ينتصرون أم أن الموقف يُهيمن على ماضيهم ومبادئهم الأخلاقية؟
Philip Zimbaro

لقد وصفت المشكلات التي يواجهها الناس أثناء اتخاذ القرار بشكل جيد في المواضع غير الإكلينيكية؛ حيث لا يوجد سبب للإعتقاد بأن هذه المشكلات تختفي خلال التقييم وعمليات المعاجة (Meehl, 1954). في الواقع، ما لم يدرك ويتحدى الأطباء الإكلينيكيون العوامل التي تؤثر في أحكامهم وتحرفها، فإنها ستتعارض وتتصادم مع تقييماتهم.

يُمّكِن فهم هذا الانحراف (الإنحياز) بمثال قصير. قبل أن يدخل رايان (Ryan) -الرجل صاحب تاريخ سوء استخدام الهيروين الدال- المكتب تماماً يُمكن القيام بعملية تأكيد التوقع: قد يبحث الطبيب الإكلينيكي عن الخصائص المتسقة مع مخطط رايان بشأن مدمني الهيروين، ويتغاضى عن السلوكات غير المتسقة معها، بما في ذلك التزامه تجاه العائلة، وحبه للحيوانات والنزهات، ورغبته في مساعدة الآخرين (Trope & Thompson, 1997). إن الانحياز المؤكد قد يوجّه

الطبيب الإكلينيكي إلى استرجاع (استعادة واستذكار) السلوكات المتسقة مع ذلك الانحياز (Hirt, Mcoonald, & Erikson, 1995). فعلى سبيل المثال، عند مناقشة رايان خلال مؤتمر الحالة، تم استرجاع السمات المتسقة مع الأفكار النمطية وتسجيلها (مثال: هو الآن عاطلٌ عن العمل ومتناقض جداً بشأن المعالجة)، بينما تم تجاهل السمات الأخرى (مثل أنه لم يتغيب عن جلسة المعالجة وأنهى ست مهام واجبات بيتية من أصل سبعة). عندما يناقش عدة أشخاص رايان في مؤتمر الحالة، فإن الآراء المتباعدة والمختلفة تنزع إلى الاختفاء نتيجةً للتفكير الجماعي، فكل شخص يُطابقُ ويُوافق رأيه إلى إجماع المجموعة (Janis.1997).

إن حالة التصور المفاهيمي لرايان متأثرة أيضاً بصفة التحيز السلبي، التي توجه الأطباء الإكلينيكيين والملاحظين الآخرين لتخمين وتقدير الأخطاء، والأعراض، والمشكلات بشدة أكثر من استراتيجيات الكفاح (التحمل) الإيجابية (Ito, Larsen, Smith, & Cacioppo.1998) . وقد يعني هذا عملياً أن رايان يُمضي أسبوعاً سيئاً لأنه كان يملك زلة (هفوة وخطأ)، مهملاً الحقيقة بأنه ولمعظم أيام الأسبوع تعامل مع شهوته بشكل جيد.

عندما يرى الأطباء الإكلينيكيون استخدام رايان للهيروين على أنه أمر عاكس لشخصيته المدمنة، فضلاً عن أنه آلية تحمل لمعالجة الضغط أو كشيء يقوم بعمله حول الأصدقاء الذين يتعاطون المخدرات، فإنهم (الأطباء الإكلينيكيون) قد تورطوا في خطأ الإسناد الأساسي؛ وهو الميل لمشاهدة سلوك الآخرين على أنه نتيجة للصفات الداخلية، بينما يتم تجاهل أو تصغير مساهمة العوامل الخارجية (Ross, 1977). إن ما هو مثير بشأن هذه العملية هو أنه رغم أن الناس يقللون من تقدير دور السياق بالنسبة لسلوك الآخرين إلا أنهم يميلون لإحداث مساهمات موقفية لسلوكاتهم المُشكلة الخاصة (مثال "لم أكن أشعر بالراحة عندما تقدمت لذلك الاختبار. وذلك سبب أدائي المتدني"). وعلى أية حال، عندما يُبالغ الأطباء الإكلينيكيون في تقدير دور السمات والصفات في سلوك المرضى، ويخفقون في رؤية دور المواقف والسياق، فإنهم يفقدون فرص التغيير.

أخيراً، أوضحت باناجي وزملاؤها تكراراً بأن الناس قد يتصرفون بطريقة متحيزة حتى عندما يعتقدون أنهم لم يَضُرَوا ولم يتحيزوا (Banaji , Hardin, & Rothman,1993; Blair & . 2000 Banaji, 1996; L. Park & Banaji). إن النوايا الطيبة والحسنة غير كافية، لذلك ربما يُساعد الحذر واليقظة في مواجهة الانحياز الضمني.

غذاء للفكر Food For Thought

عُد الى الوصف الابتدائي لإمنم. هل ترى أياً من هذه العوامل في ردود أفعالك تجاهه؟ أين؟

التفكير الناقد Critical Thinking

تتخذ الخطوة الأولى نحو النجاح عندما ترفض أن تكون أسيراً للبيئة التي وجدت نفسك فيها.
Mark Gaine

يعتمد إجراء التقييمات القوية على الوعي الحذر والتفكير الناقد بشأن العوامل المتحيزة للتصورات. يُخفق معظم الأشخاص في الاستفسار عن توقعاتهم وتحيزاتهم قابلين تصوراتهم الأولية كحقيقة. وغالباً ما يسعون إلى إجابات بسيطة، بيضاء وسوداء، لتوضيح مشكلات صعبة ومعقدة. وبدلاً من فحص التوقعات والمعتقدات فإنهم غالباً ما يريدون تأكيداً منهم. وربما يكون هذا أحد الأسباب في أن العديد من الأمور السيئة تبدو وقد حدثت في نفس اليوم. فعلى سبيل المثال غالباً ما يلاحظ الناس سلسلة من الإحباطات والانتكاسات (مثال: محفظة مفقودة، دولاب مُفرّغ الهواء، نسيان موعد). واستجابةً لالتماس الأنماط بشكل فرعي، فإن الشخص قد يلاحظ هذه الحوادث السيئة فقط، ويخفق في ملاحظة الأمور الجيدة التي حدث حول نفس الوقت. علاوةً على ذلك، فإنه قد لا يتم التعرف على الطبيعة السببية بين الانعكاسات (مثال: إن توترك بسبب الدولاب المفرّغ من الهواء أو المحفظة المفقودة أمرٌ سَبّب تشتتاً وانشغالاً، مما يؤدي إلى نسيان الموعد).

يتضمن التفكير الناقد إثارة ملاحظات قوية ومنتظمة، وهو يعني معرفة وإدراك التفسيرات البديلة لسبب سلوك الناس وتصرفهم بالطريقة التي هم عليها، والبحث عن بيانات تساعد في التمييز فيما بين هذه التفسيرات. وهو يتطلب إدراك الانحياز والوعي له، وتحدي ثباته، ويحتاج كذلك إلى الوعي بدور السياق والثقافة في الملاحظات (المشاهدات).

إن الملاحظات (المشاهدات) الجيدة الدقيقة هي أدوات هامة لتطوير فهم تعاطفي قوي بالآخرين، وتعتبر الملاحظات جزء من المعلومات ذات الأساس الحسي، والتي يمكن أن تُرى أو تسمع أو تحس أو تُشم أو تُذاق. إن كلاً مما يلي يُعتبر ملاحظة:

قال داني ببطئ: "إنها لا تريدني بعد الآن"، وحُدّد تعبيره من خلال تأتأتين (ترددين) وتمتمة (تلعثم) واحدة. لقد توردت وجنتاه، وبردت يداه. وقد انكمشت وضعيته وأخفض رأسه. وأحدث تواصلاً بصرياً قليلاً بينما يتحدث.

وبالمقارنة مع الملاحظات، فإن الاستنتاجات تمثل تفسيرات ذات دلالة ومغزى للملاحظات، وهي متأثرة بوجهات نظر الشخص العالمية وتحيزاته. ورغم أن الأشخاص يتفقون على الملاحظات الحسية، إلا أنه حتى الأشخاص المفكرون يُمكن أن يختلفوا حول الاستنتاجات المستخلصة من مجموعة من الملاحظات؛ لأن الاستنتاجات المتعددة يمكن أن تستخدم لتوضيح أي ملاحظة مفردة. فعلى سبيل المثال: لماذا توردت وجنتا داني؟ يُمكن أن تكونا توردتا لأنه مرتبك أو غاضب أو مُثار أو مسفوع مؤخراً (حرق شمس) أو أن لديه حساسية تجاه بعض الأطعمة أو يعاني من ارتفاع ضغط الدم. وبدلاً من ذلك، ربما احمَرّ وجهه لأن ذلك لونه الطبيعي. إن الملاحظات المجموعة بصدق وبشكل جيد والاستدلالات حولها تقودان إلى تقييمات إكلينيكية حول أسباب المشكلات والأعراض وحول الإبقاء عليها ومعالجتها.

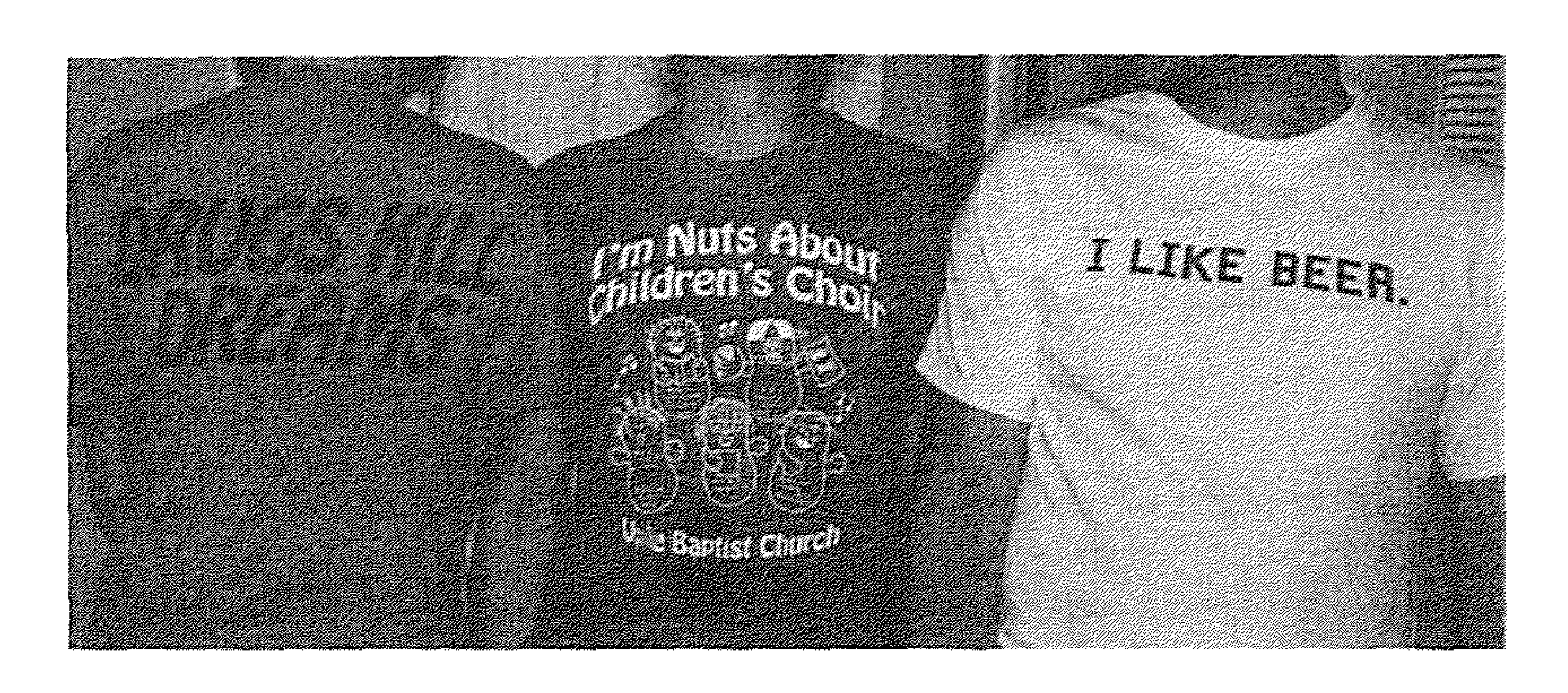
سيُقدم المرضى – وأفراد عائلاتهم، وأصدقاءهم، ومصادر إحالتهم – تفسيرات لسلوكهم؛ بعض التفسيرات ستكون دقيقة في حين أن البعض الآخر غير دقيق. وبينما تأخذ بعين الاعتبار هذه التفسيرات، فكرّ بشأن دوافع وافتراضات مصدر الملاحظات. هل التفسير متطرّف؟ هل هو عقلاني (منطقي)؟ هل هو مدعوم بدليل أو إثبات؟ تتطلب التقييمات الجيدة الانفتاح إلى هذه التفسيرات دون استثناء الأخرى قبل الأوان، وتتطلب كذلك الانفتاح للتفسيرات البديلة. هل هنالك عوامل مخففة؟ توقعات للسلوك؟ ما هي النيّة الإيجابية للسلوك؟

الاختيار فيما بين التفسيرات البديلة
Choosing among Alternative Explanations

تأمل في القمصان (T-shirt) في الشكل (5.1). ما الذي تعتقده حول الشخص الذي يرتدي كل واحدة من هذه القمصان؟ ما هي التفسيرات الأخرى التي قد تخطر بالبال؟ كيف تستطيع الاختيار فيما بين هذه الفرضيات؟

تؤدي العديد من الاستراتيجيات السلوكية إلى تقييمات علاجية أقوى. وكما ناقشنا، يُثير الأطباء الإكلينيكيون الفاعلون ملاحظات جيدة في المواقف المتعددة ويميزون العوامل التي من المحتمل أن تَحرِف (تسبب تَحيُز) تصوراتهم. كما أنهم يدركون الطبيعة المؤقتة لاستنتاجاتهم، ويختبرون فرضياتهم بدلاً من استباق النتائج (S. sue, 1998). ويعمد الأطباء الإكلينيكيون الفاعلون إلى فعل ما هو أكثر من قراءة الكلمات المكتوبة على القمصان للوصول إلى فهم تعاطفي لمرضاهم؛ كما ينتبهون لأشياء أخرى (مثل: التهيئة والإعداد، قطع الملابس الأخرى، وأنماط الكلام) لمعرفة ما إذا كانت القمصان تعكس بشكل مباشر قيم الذين يرتدونها، أو أنها تعبيرات ساخرة عن عادات ثقافية، أو أنها اللباس النظيف الوحيد الذي كان موجوداً في خزانة رفيق (زميل) في الغرفة السكنية.

تبدو بعض الاستنتاجات مبدئياً مثل الملاحظات. قد يقول كثير من الأشخاص -بناءً على مقابلة داني- أنه كان مكتئباً، معتقدين بأن هذه ملاحظة بسيطة. وعلى الرغم من أنه قد يكون مكتئباً، إلا أنه عندما يثير الأطباء الإكلينيكيون هذا الإستنتاج دون تعيينٍ أو استثناءِ التفسيرات الأخرى لسلوكه، فإن تقييمهم يُمكن أن يُضلل المعالجة ويتجاهل تفسيرات أخرى أكثر دقة لسلوكه على حد سواء.



الشكل (5.1): ما هي الفرضيات التي تستخلصها عن الأشخاص الذين يرتدون هذه القمصان (T-shirt)؟

تزداد صحة التقييمات عندما يتم الحصول على مدىً واسع من الملاحظات: عبر أيام أو مواقف أو أنواع مختلفة من المقاييس. وتزداد ثقة الأطباء الإكلينكيين في صحة تشخيصهم عندما يُقابَل داني على عدة أيام مختلفة، وتتم ملاحظته في كلٍ من المكتب وغرفة صفه الدراسي، ويُفهَم من خلال ردود والدته على استبيان يتعلق بنومه وعاداته الغذائية وصداقاته وسلوكه داخل المنزل. يُمكن أن ينتج خمول ولامبالاة داني أثناء التقييم من الشجار الذي وقع بينه وبين والدته في وقت سابق من اليوم، أو يُمكن أن يكون تأثيراً جانبياً للدواء الذي قدم له مؤخراً، أو ربما متعلقاً بفهمه لأهداف الطبيب الإكلينيكي بالنسبة للمقابلة (مثل: واقع وضع البيت) أو بسبب قلة النوم.

ضبط تحيزات المُلاحظ Countering Observer Biases

> إذا ما أخذت خارج السياق فإني سأبدو غريباً جداً.
> Ani Difranco

واحدة من تناقضات إجراء الملاحظات هي أن تركيز الاهتمام على شخص أو مجموعة ما سيؤدي إلى تغير سلوكهم (Labov, 1997). إن تناقض المُلاحِظ حالة خاصة للطبيعة المنتظمة لكل التفاعلات، والتي تتأثر وتؤثر بالملاحظين وسياقهم على حدٍ سواء.

فعلى سبيل المثال، لو قام الباحث الاجتماعي لحالة داني بإجراء نقاش معه قبل الجلسة مباشرة فإنه سيجد صعوبة في الانتباه إلى تغييرات داني أو أنه سيدرك التعليقات البسيطة كتهديد. ولأن الأطباء الإكلينيكيين هم جزء أيضاً من سياق مرضاهم، فإن حجم الطبيب الإكلينيكي ومظهره ولباسه وهيأته وأسلوبه البينشخصي (التعامل مع الآخرين) قد يدفع داني إلى الاستجابة له بشكل مختلف عن استجابته للآخرين.

قد يتصرف الأطفال الذين يعانون من تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد (ADHD) بشكل مختلف في موقفين مختلفين؛ لذا فقد يُدرك مُلاحظان (مراقبان) للسلوك نفس السلوك بشكل مختلف جداً. ولأن الملاحظات الإكلينيكية يُمكن أن تُقدم تحيزاً، فإن بيتس ووالس (Pits and Wallace, 2003) يقترحان القيام بدراسة ومشاهدة سلوك الأطفال بأسلوب حساس مراعٍ للثقافة والسياق. ورغم أن طريقتهم قد طورت لصالح الأطفال الأمريكيين الأفارقة الذين قد يعانون من تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد إلا أنها ملائمة لأي شَعبٍ وأي سلوك:

1. الوصف: عَرّف المشكلة وصفها بدقة.
2. التكرار: قارن تكرار المشكلة مع الخطوط القاعدية التي تُخصص لعامة السكان تلك التي تُخصص لسكان محددين (مثال ذلك: أولاد أمريكيون أفارقة بعمر 9 سنوات).
3. الشدة: قارن شدة السلوك المُلاحَظ بمعايير الثقافة و الخط القاعدي المُقام.
4. الوضع البيئي: لاحظ البيئة التي لوحِظ فيها السلوك أو تلك التي أُخبر عن حدوثه فيها. بعد ذلك حدد ما إذا كان بالإمكان توضيحه وتفسيره بواسطة العوامل البيئية أو الحيوية المتضمنة الجوع والتوتر والإساءة.
5. تمييز التحيزات(الانحياز): خفّض من دور قيم وحكم وتحيزات التقرير من خلال إدراك وتفسير عوامل التحيز هذه. قاوم الذاتية المرتبطة بتعريف وتمييز سلوك المُشكلة من خلال ملاحظة التكاليف والفوائد المرتبطة بـ "السلوك المُشكِل" العائد إلى كل الأطراف ذات العلاقة.

فكّر بشأن هذه القضايا بالنسبة لعائلة لي (Lee) في الحالة الآتية، التي اتُهِمَت بالإهمال الطبي والرعاية المُهمِلَة والمفقودة لابنتهم لعدة شهور (Fadiman, 1997).

محبوبة والديها Her Parents› Favorite

لايا لي Lia Lee

كانت لايا لي (Lia Lee) المولودة عام (1981) أصغر الأبناء الأربعة عشرة المولودين لأسرة من مهاجري همونج (Hmong) في مدينة ميرسيد في كاليفورنيا. كان قد بقي سبعةٌ منهم على قيد الحياة عندما ولدت لايا؛ إذ مات وتوفي ستةٌ قبل مجيء الأسرة الى الولايات المتحدة. كانت لايا طفلة تتمتع بصحة جيدة، وتَزنُ عند ولادتها ثمانية باوندات، سبعة آونسات. ولما أصبح عمرها ثلاثة أشهر أصيبت لايا لأول مرة بندبات مرضية متعددة غير مسيطر عليها في النهاية (Fadiman, 1997).

كان والدا لايا، مثل معظم الهمونج، آباء مُحبين عطوفين تبنوا في الأبوة والأمومة المنهج الذي يركز على الطفل. وأحبا لايا بشكل خاص، قال الصحفي آن فاديمان (Anne Fadiman)، الذي استمع بدقة لأسرة الطفلة على مدار تسع سنوات، أنه كان واضحاً أن "لايا كانت محبوبة عند والديها ويعتبرانها الأجمل، يحتضنانها ويقبلانها بشكل مفرط، ويلبسانها أجمل الثياب" (Fadiman, 1997, p.23). قد يكون هذا نتيجة لعدد من الأسباب المختلفة – ربما لأنها كانت الطفل الأصغر في العائلة، أو لأنها كانت مريضة، أو لأنها مصابة بالصرع.

إن لمرض الصرع دلالات فريدة بالنسبة للهمونج الذين يعتبرونه كمرض خطير ويرونه أيضاً كمرض علامات خاصة. يعتقد الهمونج أن الأشخاص المصابين بنوبات مرضية يُمكن أن يدركوا أمور لا يدركها الآخرون، والذي سيتركهم يدخلون في حالات غيبوبة بسهولة أكثر. إن كونهم مرضى أمرٌ يمنحهم "عطفاً حدسياً تجاه معاناة الآخرين ويعطيهم مصداقية عاطفية كمعالجين ومداوين (Fadiman, 1997, p. 21). لذا فإن "الإصابة بنوبة مرضية يُعلِنُ استدعاء الشخص ليكون معالجاً روحياً، "الشخص ذو الروح المُشفية (P.21).

أُدخلت لايا في السنوات الأربع والنصف الأولى من حياتها المستشفى سبعة عشرة مرة، وزارت قسم الطوارئ أو عيادة الأطفال أكثر من مئة مرة. وتم تغيير الوصفات الطبية لها ثلاث وعشرون مرة خلال هذه الفترة، وذلك بتغيير تركيب الدواء والجرعات وتكرر (معدّل) تقديمه. أعطيت لايا بعض الأدوية يومياً بغض النظر عما كانت تشعر به (مثل: الفيتامينات ومضادات التشنج)، في حين قدمت لها أدوية أخرى عندما كانت تظهر عليها الأعراض وكان عليها تناولها لغاية إنهاء الوصفة (مثل: المضادات الحيوية)، وأدوية أخرى كان عليها تناولها فقط عندما تنتابها الحمى. بينما قد تكون مثل هذه الحمية صعبة لمعظم الآباء، إلا أنها كانت أشد صعوبة على نفوس عائلة لايا الذين كانوا أميين

باللغتين الانجليزية ولغة الهمونغ، والذين لم يكونوا قادرين على قراءة قياسات ميزان الحرارة وعدد نقاط الدواء وملاعق قياس جرعاته.

عندما استمرت لايا بالتعرض للنوبات المرضية بعد أن وُصِفَ لها دواءٌ مضاد للنوبات، قام طبيبها بفحص مستوى الدم لديها وقرر أن لديها مستويات علاجية فرعية. وعندما استمر انخفاض مستوى دمها بعد الجرعة الأعلى الموصوفة، تساءل طبيبها الدكتور بيجي فيلب (Dr. Peggy Philp) ما إذا كانت تتعرض للنوبات المرضية بالرغم من المستويات الكافية من الدواء أو لأن جرعة الدواء كانت ما تزال قليلة جداً. قالت والدة لايا أنها كانت تعطيها الدواء حسب ما هو موصوف. هل كانت والدة لايا مضطربة، بإبلاغها الأطباء ما يودون سماعه، أم أنها كانت تكذب؟

استنتج أطباؤها أن عائلة لايا لم يعطونها الدواء كما وُصِفَ لها وأرسلو ممرضة من الصحة العامة مع مترجم همونج إلى منزل العائلة. وقد استنتجت إحدى الممرضات واسمها إيفي بونش (Effie Bunch).

> "لا أعتقد أبداً أن الأم والأب قد فهما بشكل صحيح الارتباط بين نوبة المرض وتأثيرها على الدماغ. أنا لا أعرف كيف عهدتم إليهم بأنه يجب عليهم أن يعطونها الأدوية. لقد كان انطباعي العام بأنهم شعروا حقاً بأننا كنا تدخليين (متطفلين)، وأن بإمكانهم أن يفعلوا فقط ما يعتقدون أنه الأفضل لابنتهم، وعلى ذلك ستكون بخير. لقد كانوا لبقين وعنيدين. وقد أخبرونا بما رغبنا بسماعه. (كما اُقتبس من (Fadiman,1997,pp,48-49).

أدراك أطباء لايا أن والديها غير ملتزمين بحمية ومعالجة ابنتهم الدوائية، ويُعرضانها للخطر بجدية. لذا، عندما كانت لايا في سن الثالثة تقريباً رتب الدكتور نيل إيرنست (Dr. Neil Ernst) تقريراً مع خدمات الطفل الوقائية (Child Protective Services) لكي توضع في دار رعاية حيث يمكن تقديم الدواء لها كما هو موصوف. ربما بسبب الفروق اللغوية والثقافية بين عائلة لايا وأطبائها، وربما لأنهم شاهدوا لايا فقط عندما كانت مريضة، فإنهم قد قللوا من تقدير كلٍ من قدرة العائلة الوالدية وقدرة لايا الفكرية (الثقافية).

> لقد شاهد الأطباء الطفلة فقط عندما كانت مريضة ولم يشاهدوها أبداً في بيئتها المنزلية. عندما شاهدناها كانت دمية زنبركية بسبب مادة الفينوباربيتال، وأحياناً كانت منهكة وتبدو ككرة صغيرة من العجين في الزاوية، لكنها أحياناً كانت مشرقة تماماً ولطيفة، وتلعب بنشاط، وسعيدة، ومرحة، وتتسلق، وتحبو، وتصعد على ظهر أمها، وتضحك، ومثلك أنت (E.Bunch, as quoted in Fadiman, 1997, p. 55)

1. كيف تصف سلوك عائلة لايا بالنسبة لرعايتهم لابنتهم؟
2. بناءً على الخطوط القاعدية للمجتمع العام ولجماعة الهمونغ، هل تصف سلوك العائلة على أنه سلوك إشكالي؟ إذا كان كذلك، فكيف؟

3. ما هي القيم والتحيزات التي اعتبر أطباء لايا أنها تؤثر على الكيفية التي ينظرون بها لوالدية عائلة لايا ومعالجتهم لنوبات الصرع التي كانت تنتابها؟
4. كيف يُمكن أن تؤثر قيم وسلوكات أطباء لايا على سلوكات أسرتها؟ كيف تؤثر قيمك وتحيزاتك على ردود أفعالك تجاه القصة؟ كيف أثرت قيم أسرة لايا في والديتهم وتفاعلاتهم مع أطباء ابنتهم لايا؟

إدراك نقاط القوة والاستثناءات للمشكلات
Recognizing Strengths and Exceptions to Problems

لا تأتي القوة من الفوز. إن صراعاتك تطور قواك. عندما تواجه المصاعب وتقرر عدم الاستسلام فإن تلك هي القوة.
Arnold Schwarzenegger

كما بدا في حالة أسرة لايا، فان الأوصاف الازدرائية (الانتقاصية) للأشخاص تعكس وتوجد المشكلات في عملية التحالف العلاجي على حد سواء (Linehan, 1993). إدراك وتحدي الأوصاف الازدرائية للمرضى، والتعرف على نقاط قوتهم ونقاط ضعفهم يُمكن أن يقوي علاقات التعاطف معهم.

إن للتشخيص لصفات ازدراء السلوك نتائج سلبية. استنتج بينجيت وأزار وكويرستنت – (Benjet, Azar, & Kuersten-Hogen, 2003) في ملخص للأدب أن من يُشخص بمرض عقلي خطير يشارك في الحصول المتساوي على الوظائف والإسكان. إن الأشخاص الذين يعانون من مرض عقلي خطير هم أكثر احتمالاً لفقد حق حضانة ورعاية أطفالهم حتى عندما يكون التشخيص غير مرتبط بالقدرة على الرعاية الوالدية أو بعدم القدرة على الاستفادة من التدخلات الوالدية أو حتى بوجود المشكلات المستمرة.

ربما يكون الشخص الذي يتلقى تقييماً وتشخيصاً إكلينيكياً متأثراً أيضاً بشكل سلبي، وذلك كنتيجة لنبوءة (تنبؤ) حقيقية: حيث تشكل تصورات وتوقعات الآخرين سلوك وتصورات الشخص الذاتية (Merton, 1948). ويُمكن أن تعمل العملية بطرق سلبية، وذلك مثلما يُشخص رجل ما باضطراب ثنائي القطب ويستنتج أنه لا يستطيع عمل أي شيء لضبط نفسيته ("إنها حالة بيولوجية ولا يمكنني عمل أي شيء حيالها"). لقد تم ملاحظة هذه الظاهرة في مواقف متعددة، بما فيها الغرف الصفية، وقاعات المحاكم، وفي مكاتب الأطباء (Rosenthal, 2002).

تعد المشكلات مهمة لأغراض التمييز (الإدراك) والوصف والعد (التقدير والحساب) والتأطير (الوضع في السياق)، ولكن نقاط القوة والاستثناءات للمشكلات تحمل نفس الأهمية. إن التعرف على الاستثناءات للمشكلات يمكن أن تُعيد صياغة الموقف وتقدم أساساً للتغير. وعلى سبيل المثال، قد يسأل موظف الخدمات الاجتماعية الذي يساعد عائلة لايا: متى تعطي أسرة لايا الدواء لابنتهم؟ متى

لا يعطونها إياه؟ ما وجه الاختلاف بين هذين الظرفين (الحالتين)؟ هل هنالك احتمال أكثر لإعطاء بعض أنواع الأدوية دون غيرها (مثل تلك الأدوية التي لها تأثير جانبي معين أو تلك المقبولة أكثر في معتقداتهم الثقافية والروحية)؟

واحدة من طرق تعيين وتمييز الاستثناءات للمشكلات هي أن توفر للمرضى تحليلاً وظيفياً (Functional Analysis) كاملاً، وغالباً ما يحددونها باستخدام نظرية (ABC). يُمكن للمرضى ملاحظة ما يحدث عندما يظهر السلوك (الأسبقية - Antecedent) ويصفون السلوك (السلوك - Behavior)، ويحددون جميع نتائج السلوك (النتائج - Concequences). وعلى الرغم من أنه يجب أن يُطلب من المرضى التدوين عند وجود مشكلة، إلا أنه يجب أن يدونوا أيضاً عند احتمالية وجود مشكلة لكنها لم تحدث، انظر الجدول (5.2). فعلى سبيل المثال ما الذي يميز بين الحالات عندما تُعطى لايا الدواء وعندما لا تُعطى؟

إن إدراك نقاط القوة الحقيقية يبني الأمل واحترام الذات، ويحدد المصادر لحل المشكلات، ويبني التحالف العلاجي (slattery, 2004). ويبدو المرضى مسموعين ومفهومين، والأطباء الإكلينيكيون أكثر احتمالاً للاستجابة بشكل عطوف وحنون وتعاطفي. من جهة ثانية، تتطلب المعالجة والتقييمات الجيدة الإصغاء للناس من وجهة نظرهم الخاصة بينما يكونون موضوعيين بشأن ما يبدو عليهم من أعراض (علامات) ونقاط قوة وضعف.

جدول (5.2):

التحليل الوظيفي الافتراضي لتقديم عائلة لي الأدوية لابنتهم لايا

الأسبقية (ما يسبق السلوك)	السلوك	النتائج
تُعطى لايا خمسة أنواع من الأدوية؛ اثنان منها ثلاث مرات يومياً، وثلاثة منها مرتين يومياً.		
استيقظت لايا الساعة الثامنة صباحاً بحالة مزاجية جيدة	**أُعطيتُ الدواء مع وجبة الإفطار.**	**ضحكتْ وبصقتْ الدواء. أُعطيت واحداً من الأدوية الثلاث التي بصفتها. شَعَرَتُ بأنانية إعطاء الدواء عندما لا تريد لايا أخذه. لا نوبات مرضية هذا الصباح.**
الساعة الثانية عشرة مساءً في شقة أختها. نسيتُ أن أحضر الدواء. ترفض أختها الأدوية الغربية.	**لم تُعطَ الدواء.**	**شعرت بالارتياح لأن أختها لم تزعجني بشأن إعطائها الدواء. لم تتعرض لنوبات مرضية هذا المساء.**

الساعة السابعة مساءً أخاها متعباً ومحموماً. ذهب الجميع إلى النوم مبكراً.	أُعطيتْ أدوية الظهيرة والمساء.	نامتْ جيداً واستيقظتْ متأخرة. لا نوبات مرضية.
الساعة الثامنة والنصف صباحاً. أطالت لايا النوم. كان لديها موعدٌ لمراجعة طبيبها الساعة العاشرة صباحاً. لم أستطع أن أجد دواءاً واحداً.	أُعطيتْ أدويةٌ أخرى موجودة على الرفّ.	ضحكتْ وبصفة الأدوية. ليس لديها أي حبات دواء إضافية ولا تستطيع تحمل إعادة تكرار الوصفات الطبية.

غذاء للفكر Food for Thought

بالنظر في تفاعلات عائلة لايا مع النظام الطبي. من الذي كان موضوعياً وغير قادر على التعاطف؟ من الذي كان قادراً على التعاطف من غير أن يكون موضوعياً؟ هل كان أي منهم قادر على الموازنة بين الوضعين؟ ما الذي يستطيعون فعله لتطوير فهم تعاطفي أقوى لهذه العائلة؟ بينما تقرأ الحالة التالية، فكرّ ما إذا كان موظفو الإشراف على الجانحين، والمُشرفان على (ديلان هاريس وإيريك كليبولد) (Dylan Harris and Eric Klebold) قادرين على ايجاد توازن بين نقاط الضعف والقوة لديهما خلال تطويرهما لتقييماتها وكتابة التقارير، وإلى أي مدى.

إدراك نقاط القوة والضعف
Seeing Strengths and Weaknesses

Dylan Harris and Eric Klebold ديلان هاريس وايريك كليبولد

غالباً ما يرسم المرضى عالمهم بالأسود والأبيض، متوقعين أن الأطباء الإكلينيكيين يريدون سماع هذا. ينزع الأطباء الإكلينيكيون والمرضى إلى التركيز على المشكلات في مسعى منهم لحلها، بينما يهملون نقاط القوة. على أية حال، لا يوجد شخص جيد أو سيء بالمطلق. إن التركيز على المشكلات ونقاط الضعف لإقصاء نقاط القوة يتعارض مع التعاطف، ويثير تقييمات أضعف للشخص وخاليةً من نقاط قوة المرضى واستراتيجيات النجاح الطبيعي. إنها تشكل تقييماً إكلينيكياً أحادي الجانب يُحدِث مسافةً فاصلة بدلاً من الفهم والارتباط.

إن التقارير التي كتبها موظفو الإشراف على الجانحين المُشرفان على ديلان هاريس وإيريك

كليبولد توضح الصعوبة في إدراك الأشياء التي تسير ضد تحيزات الشخص نفسه. لقد تم القاء القبض على ديلان ((17) (Dylanعاماً) وعلى إيريك (18) (Eric عاماً) بحادثة سطو على شاحنة تجارية وسرقة إلكترونيات، وكلاهما كان تحت المراقبة (تُعلَّق عقوبة الجانح ويُطلق سراحه مع إبقائه تحت المراقبة). شعرا أنهما وحيدان، معزولان ومُحتقران من قبل أقرانهم الذين كانوا يقذفون بهم على الخزائن ويشتمونهم. في عام (1997) كتب ديلان (Dylan) في صحيفته: "أقسم – مثلما أنا منبوذ، وكل شخص يتآمر ضدي..." (Abelson, Frey, & Gregg, 2004, p. 314). وكتب مراراً وتكراراً عنه كونه مكتئبٌ يريد بندقيةً حتى يقتل نفسه.

كان كُلٌّ من (ديلان وايريك) على ما يقال أعضاء في جمعية مافيا ترينتشكوت، وهي مجموعة من المنعزلين الذين شعروا أنهم مختلفون ومنبوذون في المدرسة. وكأعضاء في هذه المجموعة، فقد تحدثا عن عودتهما للرياضيين وللأقليات اللذيان قضيا عليهم. لقد هدد إيريك زميلاً له من التلاميذ بالبندقية ووصف كيف يصنع القنابل على صفحته على الشبكة العنكبوتية. كلاهما كان متيماً بالثقافة النازية: مذبحة كولومباين (The Columbine, Massacre)، التي قتلا فيها اثنا عشر طالباً ومعلماً قبل أن يقتلا نفسيهما، وقد حدثت هذه المدينة في ذكرى مولد أدولف هتلر.

كانا قد وصفا أيضاً بأنهما ينحدران من عائلتين كريمتين. كان والد إيريك ضابطاً حديث التقاعد من القوات الجوية، أما والد ديلان فكان جيولوجياً. كان كل من ديلان وإيريك: طالباً متميزاً؛ إذ كان ديلان قادراً على الاقتباس من مؤلفات شكسبير بسهولة وقد ظهر في برنامج الموهوبين والمبدعين في مدرسته الابتدائية. كان يوصف إيريك كقائد وديلان تابعٌ له. وقد لعب كلاهما في الاتحاد الصغير (Little League) عندما كان صغيراً، وتمتعا بلعبة فيديو دوم (Doom). لقد شغل ديلان المصابيح والأجهزة استعداداً لإنتاجات المدرسة الثانوية، وكان مشاركاً في عملية مونتاج الفيديو هناك، وساعد على صيانة حاسوب مدرسته بالإضافة إلى تركيب الحاسوب الخاص به.

ماذا استنتج موظف الإشراف على الجانحين المُشرفان على ديلان وإيريك في تقريرهما؟ لقد كتب الموظف المشرف على ديلان أن "ديلان شاب لامع يتمتع بقدرات عالية ... إنه ذكي بما فيه الكفاية ليحول أي حلم إلى حقيقة لكنه يحتاج إلى فهم أن الجهد والعمل الشاق هو جزء من هذا" (Glick et al.,1999, p. 26). أما بالنسبة لإيريك فقد كتب الموظف المشرف أن "إيريك شاب لامع جداً من المحتمل أنه ينجح في الحياة ... إنه ذكي بما فيه الكفاية لتحقيق الأهداف النبيلة طالما استمر في العمل وبقي متحفزاً" (Glick et al., 1999, p. 26). إن صعوبة وعائق هذه التقارير أنها كانت قد كُتبت قبل المذبحة، حيث تظهر المعلومات عند التفكير بما حدث في السابق لتشير إلى الخطر الذي شكلاه والذي لم يكن قد مُيِّز بعد.

يحتاج المعالجون إلى إدراك نقاط قوة مرضاهم والاستثناءات المتعلقة بمشكلاتهم. من جهة أخرى، إدراك نقاط القوة لا يعني تجاهل الضعف والمشكلات. كتب إيريك في صحيفته: "إنه خطئي! ليس خطأ والِدَيّ ولا إخوتي ولا أصدقائي ولا فِرَقي (جماعاتي) المفضلة ولا ألعاب الحاسوب ولا الإعلام، إنه يعنيني". وفي يوم الأم، اقتبس إيريك من شكسبير في صحيفته عبارة "الأرحام الجيدة ولدت [كذ] أبناء سيئين" (Senior, 1999, para. 9)

1. ما هي العوامل التي ربما أسهمت بأن يقدر موظفو الإشراف على الجانحين بشكل خاطئ إمكانية ارتكاب ديلان وإيريك للعنف؟ لماذا؟
2. كيف تتسق إمكانيتهما على العنف مع العناصر الموصوفة في الجدول (5.3)؟
3. كيف اقتربت من ديلان وايريك لكي يمكنك أن تدرك نقاط قوتهم بينما تكون أيضاً واعياً وحذراً من نزعتهما للعنف؟.
4. ذكر كولين (Cullen, 2009) مؤخراً أن ديلان وإيريك لم يكونا جزءاً من مافيا ترينتشكوت، ولم يتعرضا للرعب من قبل زملائهم في المدرسة، ولم يستهدفا الرياضيين والأقليات. كيف يؤثر هذا التطور على تصورك لهما، بالإضافة إلى فائدة التقارير المستخدمة وقت الأزمات؟

جدول (5.3): عوامل التنبؤ بالأمن النسبي من العنف المدرسي

- **يعزز ويشجع النظامُ المدرسي البيئةَ المدرسية الإيجابية بدلاً من التركيز على الطرق العقابية.**
- **يشعر الطلاب بالقرب من بعضهم البعض في النظام المدرسي من خلال الارتباط بالمدرسة.**
- **يثق الطلاب بإدارة المدرسة.**
- **يعتقد الطلاب أن القوانين مفعلة بشكل عادل وثابت.**
- **يمتلك الطلاب روابط قوية وإيجابية مع العائلة.**
- **لمجتمع المحيط مستويات متدينة من العنف المسلّح.**

ملاحظة: (Mulvey & Cauffman,2001)

الخلاصة Summary

يعد إجراء الملاحظات الجيدة عملية صعبة ومعقدة بفعل عدة عوامل. يخلط كثير من الأشخاص الملاحظات (البيانات الحسية) بالاستدلالات، وهي استنتاجات تُستخلص من الملاحظات. ومن المهم إدراك أن الاستدلالات متأثرة بعدة عوامل تتضمن القيم والافتراضات المتعلقة بوجهة نظر الفرد العالمية. أما التقييمات فهي أحكام إكلينيكية مبنية على عدد من الملاحظات والاستدلالات المنبثقة منها.

في كثير من المواضع غير الإكلينيكية يستبق الناس الاستدلالات (يُسارعون إليها) بدلاً من التفكير بشكل ناقد. أما في العمل التخصصي (المهني) فإن التقييمات ذات قوة وذلك بواسطة الشك (الاستفهام عن) في التوقعات والتحيزات والأخذ بعين الاعتبار الفرضيات الأخرى. إن الانفتاح على الإجابات المعقدة للمشكلات الصعبة واختبار الفرضيات بدلاً من التماس وطلب تأكيدات لها يزيد من قوة عملية التقييم.

إن أحكام الناس متحيزة بواسطة سلسلة من العناصر التي تتصادم وتتعارض مع التفكير الناقد وتطوير الفهم التعاطفي. ينشغل الناس بتوقع وترقب التأكيدات، أي أنهم يميلون للبحث عما يعتقدون (يؤمنون)، ويعملون بواسطة التحيزات المؤكدة، أي الميل لاسترجاع الملاحظات التي تؤكد (تثبت) الاعتقادات، وكلاهما (التأكيدات والتحيزات التأكيدية) يجمع بين دقة وفائدة الملاحظات. إن السلوكات السلبية أكثر احتمالاً لتكون مُلاحظة ومُدركة، وبشكل خاص عندما يكون الملاحظون مُعدّون ومدربون للبحث عن الأعراض والمشكلات (سمة تحيز سلبية). وبسبب هذه العمليات فإنه ينظر للسلوكات على أنها انعكاس للسمات الداخلية والثابتة بدلاً من العوامل البيئية والعابرة (خطأ الإسناد الأساسي). علاوةً على ذلك، فإن الناس غالباً ما يملكون تحيزاً ضمنياً ضد بعض المجموعات التي تؤثر على استدلالاتهم وسلوكاتهم حتى عندما يُقررون عدم الخضوع للتحيز.

ليس للملاحظات النقية الصافية مثيل: يؤثر الملاحظون على ما يلاحظونه ويتأثرون بملاحظاتهم أيضاً (تناقض ملاحظ). كما يتأثر المرضى بتوقعاتهم الخاصة (نبوءة حقيقية). وعلى الرغم من أن العمل الجماعي يُمكن أن يُولّد وجهات نظر جديدة، إلا أن المجموعات يُمكن أن تنشغل بالتفكير الجماعي، مع آراءٍ متباينة تختفي لصالح إجماع المجموعة. وتحدي هذه النزعة في المعالجة يزيد التفكير الناقد ويُبقي على الانفتاح على وجهات النظر والخيارات الأخرى.

بالإضافة إلى الوعي بهذه العوامل في المعالجة، فإن الأطباء الإكلينكيين يمكنهم بلوغ ملاحظاتهم بشكل منظم. وفضلاً عن وصف السلوك عالمياً وبشكل غامض، وهي ممارسة معرّضة للتحيز، فإن

بيتس ومالاس يقترحان (Pitts & Wallace, 2003) وصف السلوك بدقة وحذر، وملاحظة تكراراته وشدته، والموضع (المكان) الذي يحدث فيه، والاعتراف بالتحيزات والعمل على تحديها. أخيراً، يُعد إدراك نقاط القوة والاستثناءات للمشكلات أمر هام لتطوير فهم تعاطفي للمرضى على الرغم من أن إدراك نقاط القوة يجب ألا يستثني إدراك نقاط الضعف.

كيف تُطَبق هذه القضايا على حياتك وعملك؟
How Do These Issues Apply to Your life and work?

ركز هذا الفصل على المُلاحِظ في عملية التقييم والمعالجة، وكيف تؤثر هاتان العمليتان على النتائج المستخلصة.

1. انتبه إلى أسلوبك المتبع في الملاحظات. ما الذي تنتبه إليه بشكل عام ؟ وما الذي تميل إلى تجاهله؟
2. انتبه إلى الكيفية التي تستخلص بها الاستدلالات. هل استدلالاتك نافعة، وتحظى بالتقدير، ومبنية على مجموعة من المعلومات، أم أنك تميل إلى استباق النتائج (التجاوز إليها) التي هي إيجابية أو سلبية مبدئياً في الأسلوب؟ هل تميل إلى إستخلاص نوع وحيد من النتائج (مثل أنك لا تثق بالآخرين). إن كان كذلك. فما ذلك النوع؟ وكيف تستطيع رفع ثقتك بتفسيراتك (S. Sue, 1998)؟
3. انتبه للافتراضات التي تُشكل الأساس للكيفية التي تنظر بها للعالم ولقراراتك. ما نوع الافتراضات التي تنوي إثارتها؟ هل تنزع هذه الافتراضات إلى أن تكون مفيدة ودقيقة؟ هل هي الافتراضات التي ستكون مساعدة في العلاج؟ متى؟ وكيف؟

الفصل السادس 6

استراتيجيات التقييم لفهم الناس ضمن السياق
Assessment Strategies for Understanding People in Context

إلى أين نتجه؟

1. لماذا ينبغي على الأطباء الإكلينيكيين أن يهتموا بالسياق خلال التقييمات والمعالجة؟
2. كيف يمكن أن تستخدم التأريخات (التواريخ) الاجتماعية النفسية وخرائط العائلة الجينية وخطوط الزمن وتقديرات الوضع العقلي لفهم المرضى بشكل فاعل؟
3. كيف تؤثر مصادر الفرد على المعلومات التي جمعها؟
4. ما الذي يستطيع الأطباء الإكلينيكيون فعله لتقديم عملية تقييم أقل تحيزاً؟

الأبله والمجنون Stupid and Crazy

ريمند جي. كورسيني Raymound J.Corsini

أثناء عمله كعالم نفسي في السجن، أدىّ الدكتور كورسيني (Dr. Corsini) ما وصفه بـ "العلاج بالتحليل النفسي الأكثر نجاحاً وروعة" وقد عمل به دائماً (Dumont & Corsini, p. 10). وقبل أن يغادر السجن أخذ أحد الرجال موعداً مع الدكتور كورسيني ليقدم له الشكر.

عندما غادرت مكتبك قبل عامين تقريباً، شعرت وكأنني كنت أمشي فوق الهواء. وعندما دخلت ساحة السجن بدا كل شيء مختلفاً، حتى الهواء كانت رائحته مختلفة. كنت إنساناً جديداً. وبدلاً من التوجه إلى المجموعة التي أتواجد معها عادة – وقد كانوا ثلة من اللصوص- توجهت إلى مجموعة أخرى من زاوية جونس (مفردة – لفظة – سجن تشير إلى الأنواع غير المجرمة). واستبدلت عملي من عمل سهل في المطبخ إلى الورشة الميكانيكية حيث يمكنني أن أتعلم التجارة. بدأت الذهاب إلى مدرسة السجن العُليا، وأنا الآن حاصلٌ على دبلوم مدرسة عليا. وقد أخذت مقرر مراسلة في التخطيط ولدي وظيفة تخطيط عندما أغادر يوم الخميس. بدأت الرجوع إلى دور العبادة على الرغم من أنني قد ابتعدت عن الممارسات الدينية قبل عدة سنوات. وبدأت بمراسلة عائلتي وقد جاؤوا لرؤيتي وهم يتذكرونك في صلواتهم. أنا الآن مُتأمل ومتفائل. أعرف من أنا وما أنا. أعرف أنني سأنجح في الحياة. وأنا أخطط للالتحاق بالكلية. لقد حَرَرْتَني. كنت أعتقد أنكم متطفلون (Bug doctors) (لغة سجن عامية يُسمى بها العلماء والأطباء النفسيون). ولكني الآن أعرف بشكل أفضل. أشكرك على تغيير حياتي (Dumont & Corsini, 2010, p. 10).

كان الدكتور كورسيني مشوشاً. كيف غيّر حياة هذا الرجل؟ أنه لا يتذكر هذا الرجل ولم يقدم علاجاً. ما الذي فعله؟ استمر الرجل بإخباره أنه:

"(هو) اعتبر نفسه دائماً كَ "أبله" و"مجنون" –مصطلحات أُطلقت عليه عدة مرات- من قِبَل عائلته ومعلميه وأصدقائه في المدرسة، وكان دائم الحصول على درجات ضعيفة، والتي أكدّت اعتقاده بحالته العقلية دون السوية (أقل من الطبيعي). لم يؤيد أصدقاءه طريقة تفكيره ودعوه بالمجنون ... لكن عندما قُلت .. "إنك تمتلك نسبة ذكاء عالية" كان لديه الخبرة التي أوضحت كل شي. وفي لحظة فهم لماذا يمكنه أن يحل الكلمات المتقاطعة أفضل من أي واحد من أصدقائه. وهو يعرف الآن لماذا قرأ الروايات الطويلة بدلاً من الكتب الهزلية، ولماذا فضل لعبة الشطرنج بدلاً من لعبة الداما، ولماذا أحب السمفونيات وموسيقى الجاز. لقد أدرك بحدة عالية ومفاجئة ... أنه كان طبيعياً ولامعاً بحق وليس مجنونا أو أبلهاً (Dumont & Corsini, 2010, p. 11)

1. كيف ساهم تقييم الدكتور كورسيني بتغيير فكرة الرجل عن نفسه؟ ماذا بشأن ما كان مهماً؟
2. هل يمكن لأي شخص أن يقول هذا بفاعلية جداً؟ ما الذي جعل تعبير الدكتور كورسيني البسيط فاعلاً جداً؟

إدراك السياق Recognizing Context

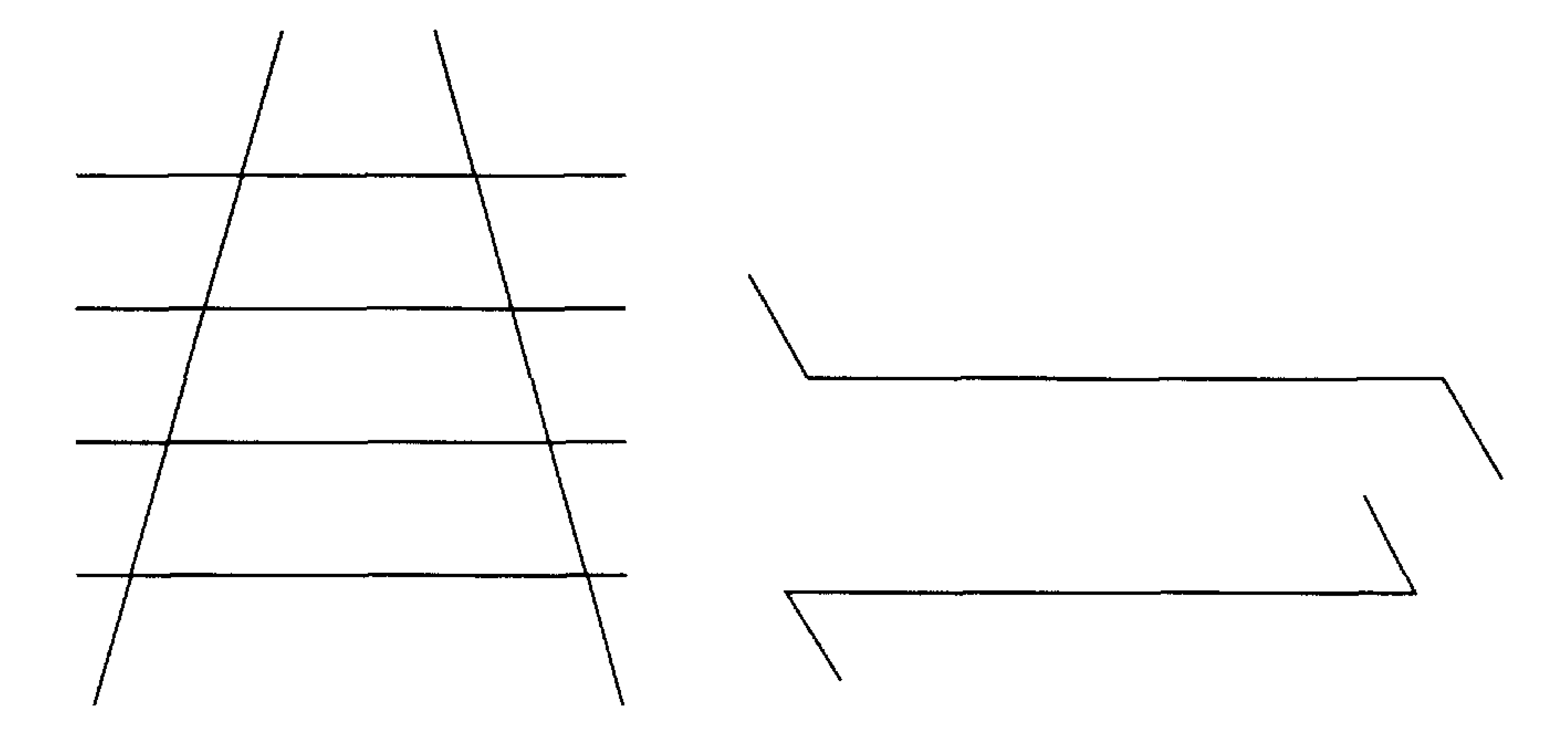
ليس هناك أي شخصية دون أساس. قِوَام/شخصية بارزة/ انطباع/قيمة /مظهر
Kay King

تعتمد التدخلات الفعالة على التقييم الأكلينيكي القوي للمرضى، أي إدراكهم بشكل تعاطفي في سياق حياتهم. ويوضح هذا الفصل أربع استراتيجيات للتقييم، والتي يتم اجراؤها بسلاسة وسهولة خلال الجلسات المبدئية. إن هذا الفهم السياقي (الفهم الموضوع ضمن السياق) ضروري للتعاطف الذي يشكل أساس المعالجة الفاعلة والتغيير السلوكي الإيجابي.

يؤثر السياق وأحياناً يشوه إدراك الفرد للأحداث، بل للمحفزات البصرية، وذلك كما هو موضح في الشكل (6.1). إن أي يوم شاق ومجهد في العمل قد يكون مُتحدياً ومُقوياً (منشطاً) لشخص ما يشعر بصحة جيدة، لكنه مُحبطٌ لشخص مريض. وبينما يتم العمل على قضايا الاعتداء الجنسي في المعالجة، فإن المريضة التي تلقت تعليقات إيجابية (مثيرة) جنسياً في الوظيفة قد تكون مرتبكة، على الرغم من أنه في سنة سابقة ربما بدت مُؤيدة وجميلة بنفس تلك التعليقات، وبعد ثلاث سنوات ربما تكون تلك المريضة قادرة على عزوِ ذلك لتتمكن من التعامل مع هذا الوضع بصورة جيدة.

الناس مُضمنون (جزء لا يتجزأ) في مجموعة متداخلة ومعقدة من السياقات، وهي فقط بعضٌ من السياقات التي يدركونها، وقد يدركون ويفهمون (يتعاطفون مع) بعض السياقات (مثل: الدين أو الثقافة أو الصدمة) مع أنهم غافلين رغم ذلك عن التأثيرات السياقية المؤثرة جداً. فعلى سبيل المثال، قد تدرك المرأة تأثير أن تكون سحاقية من أسرة مُحافظة ترفضها، لكنها تخفق في تمييز كيفية تأثير مرض والدتها المزمن على إحساسها الخاص بالاضطرار والإلحاح لحل قضايا العائلة.

إن تقييم الناس بطريقة ثلاثية الأبعاد هو جزء ضروري من المعالجة، دون ما قد يُخفق به الأطباء الإكلينيكيون ليكونوا متعاطفين، أو ليحدثوا تقييمات إكلينيكية غير دقيقة، أو ليكونوا حُكميين بشكل تام. كما يُبين مثال الدكتور كورسيني (Corsini, 1984) فإنه يمكن أيضاً مساعدة المرضى على امتلاك الخبرات والتغيير الجديدين. وعلى الرغم من أن هذا الفصل يوضح أربع استراتيجيات لتقييم الناس وسياقاتهم، إذ أن هناك، بالطبع، منهجيات أخرى. فعلى سبيل المثال، يطلب يالوم (Yalom, 2006)، من المرضى أن يصنعوا مسار "يوم مثالي" بالتفصيل، وذلك من أجل تقييم تقدم وطبيعة حياتهم، بالإضافة إلى وصف تفاصيل أخرى قد تكون دنيوية جداً (اعتيادية) والتي ما عدا ذلك تمر دون تسجيل. أما روجرز (A. G. Rogers, 2006) فيطلب من مرضاه أن يرسموا نهراً يصف حياتهم. وفي اتجاهات ودورانات الأنهار يصفون الأحداث التي كان لها تأثيرات رئيسية على حياتهم (مثل: حالات الموت، الاعتداء الجنسي، تغيير مكان السكن (المنزل)).



شكل (6.1): خدعتان بصريتان.

لاحظ الطرق التي يؤثر بها السياق على الإدراك. الخطوط الأفقية لها نفس الطول.

تطوير تقييمات ثلاثية الأبعاد
Developing Three -Dimensional Assessments

سنبحث في هذا الجزء أربع استراتيجيات تسلط الضوء على السياق وتساعد في تعريف وتمييز القضايا التي قد تكون عبارة عن مخاوف بالنسبة للمريض. إن هذه الاستراتيجيات هي التاريخ الاجتماعي النفسي (Park & Slattery, 2009; Slattery & Park, in press a) وخارطة الأسرة الجينية (McGoldrick, Gerson, & Shellenberger, 1999) وخط الزمن، وتقديرات الوضع (الحالة) العقلي. وتضم هذه الاستراتيجيات مجموعات من الأحداث -أو غيابها- لتمييز العوامل التي تساهم في عرض (تقديم) المشكلات أو تُحسنُ عرضها، أو تخدم كعقبات، أو تسهل التغيير.

التاريخ الاجتماعي النفسي Psychosocial History

يعد التاريخ الاجتماعي النفسي مجموعة من المعلومات الحالية (الحاضرة) والتاريخية المتعلقة بسلوك ووظيفية (أداء) المريض ضمن مدى واسع من الحقول (المجالات). ويتضمن التاريخ الاجتماعي النفسي معلومات ذات إمكانية تأثير عالية على المعالجة، تتضمن نقاط القوة والضعف النفسية، وعقبات التغيير، والموارد المتاحة والمساندة الاجتماعية، ومقاصد (أغراض وأهداف) المريض. وتساعد عملية جمع المعلومات هذه الأطباء الإكلينكيين على فهم مرضاهم كوجود (كائن) ثلاثي الأبعاد، وعلى تجاوز تحيزاتهم الخاصة وطرقهم المثالية في النظر للناس، وعلى تطوير تعاطف نحوهم. ويُمكن أن تساعد التأريخات الاجتماعية النفسية الأطباءَ الإكلينكيين على أن يستخلصوا (يثيروا) التشخيص الفارقي، وعلى تحديد أهداف العلاج والتدخلات الممكنة، وتقييم التنبؤ

بالتطورات المحتملة للمرض. وتساعد أيضاً في تعيين الفرضيات المتعلقة بالكيفية التي قد تسهم بها هذه العوامل في عرض (تقديم) المشكلة والأعراض.

وبدلاً من طرح الأسئلة بطريقة روتينية (مثل: "ما هو استخدامك الحالي للمخدرات والكحول؟")، فإن معظم الأطباء الإكلينيكيين يجمعون المعلومات لتكوين التاريخ الاجتماعي النفسي أثناء المقابلة. وهم يبدؤون نموذجياً بالعلامات الأكثر عمومية (مثل: "أخبرني لِمَ أنت هنا اليوم")، ثم ينتقلون لطرح أسئلة خاصة تعالج مجالات لا تُعالج آنياً وتلقائياً في وقت مبكر من المقابلة (مثل: "ماذا تفعل عندما تكون متوتراً؟"). يتضمن الجدول (6.1) مواضيع عامة عديدة الأقسام (هيئات) (مثل: الأعراض، خلفية ووظيفية (أداء) العائلة، التاريخ الأسري للمشكلات النفسية، استخدام المخدرات والكحول، تاريخ الصدمة)، ويتضمن كذلك تلك المواضيع الأكثر خصوصية لأنموذجنا (مثل: عزو وتسبيب المريض لضغوط الحياة، الإحساس بمعنى وهدف الحياة، عوائق التغيير، والتحالف العلاجي). وبينما يتم تعلم كيفية تقييم وكتابة التاريخ النفسي الاجتماعي، فإنه يجب على الأطباء الإكلينكيين التركيز بصورة أقل على الفئات التي قد تتغير عبر المواقف، والتركيز بشكل أكثر على تطوير الاستراتيجية العامة لجمع معلومات واضحة بل ومفصلة عن المريض.

بينما تقرأ مادة الحالة الآتية، تخيل بأن مالكولم لتل (Malcolm Little) (الشاب مالكولم إكس) قد أُحيل إليك من قبل الأخصائي الاجتماعي المتابع لحالته في سن الرابعة عشر، وذلك عندما بدأ يقع في المشكلات أولاً في مدرسته ومجتمعه. قد تتضمن إحالة الأخصائي الاجتماعي أسئلة حول سبب وقوع مالكولم بالمشكلات وما إذا كان المكان خارج البيت ملائماً. إن المعلومات الواردة في مادة الحالة الآتية غير كاملة –كما أنها ستكون متاحة في أي وقت عند رؤية المريض لأول مرة– لكنها تقدم أفكاراً نافعة للمتابعة أكثر.

جدول (6.1): الأسئلة التي تطرح أثناء مرحلة التقييم وطوال مسار العلاج

المشكلة

عرض المشكلة أو الأعراض

ما الأعراض التي يُخبر عنها المريض؟ ما درجة شدتها؟ إلى أي درجة هي مزمنة؟ متى بدأت؟ إلى أي مدى تتداخل (تتصادم) الأعراض مع الوظيفية (الأداء)؟ هل هي محددة لبعض الحالات والمواقف أم أنها تحدث عبر حالات ومواقف عامة؟ ما هي معتقدات المريض بشأن ما هو خاطئ؟ ما معتقداته بشأن المعالجة الملائمة لأعراضه؟ هل يتوقع المريض أن يتحسن؟

ولأن المرضى غالباً ما يجدون صعوبة في الإخبار والإبلاغ عن الأعراض "السيئة"، فإن عليك أن تكون حذراً

عند تقييم المخاوف الرئيسية وخصوصاً المتعلة بالانتحار، بدلاً من توقع وانتظار المرضى ليكشفوا عنها بحرية.
إسال: ماذا أيضاً؟

(تكثيف) الحدث والأحداث الجديدة الأخرى

لماذا يعاني المريض من مشكلات في الوقت الحالي؟ لماذا يدخل المعالجة الآن؟ ماهي الأحداث السلبية أو الإيجابية التي حدثت مؤخراً في البيت والعمل والمدرسة وفي العلاقات الهامة؟ ماهي الضغوطات المستمرة؟ هل ردود الأفعال متكافئة (متناسبة) أم غير متكتافئة مع الضغوطات؟

التاريخ الشخصي والأسري للاضطرابات النفسية

هل واجه المريض أوعائلته أياً من الأعراض المتشابهة أو المختلفة في لحظة ما في الماضي؟ كيف تم التعامل مع المشكلات؟ ما الذي كان مفيداً ومساعداً؟ قيّم بشكل محدد ما إذا كان الانتحار قد اعتبر كطريقة للتعامل مع المشكلات.
اذا تلقى المريض أو عائلته معالجة منهجية في الماضي، فكيف يمكن أن يؤثر هذا على المعالجة الحالية؟ هل المعالجون السابقون محترمون؟ مفعمون بالأمل؟ فاعلون؟ مشجعون؟ هل العلاج الحالي —من وجهة نظر المريض- هو امتداد لعمل سابق أم أنه عمل على قضايا جديدة وغير مرتبطة كلياً بما سبق؟

السياق الحالي

الحالة الصحية واستخدام الدواء

كيف تبدو صحة المريض الجسدية؟ هل يُمكن لأي ظروف صحية أو أدوية أن تؤدي إلى الأعراض المذكورة؟ هل استبعدت أياً من هذه التفسيرات المحتملة؟ هل سَبَق أن كان المريض مُذعناً (طيعاً) للأدوية والمعالجة في الماضي؟ في أي الممارسات المعززة للصحة (أو المقوضة صحياً) ينخرط المريض حالياً؟

استخدام المخدرات والكحول

هل يتناول المريض أية مواد ترويحية يمكن أن تسبب بحدوث الأعراض؟ هل يتناول أي مخدرات قد تتفاعل مع الأدوية الموصوفة لمعالجة الأعراض؟ ما هو التاريخ الأسري لاستخدام المادة (المواد الترويحية والكحول وما شابه) وسوء الاستخدام؟

الأداء الفكري والمعرفي (الإدراكي)

ماهي نقاط قوة وضعف المريض الفكرية؟ هل يمكن أن يكون سبب الأعراض النقائص المعرفية (الإدراكية)؟

أسلوب التحمل (التغلب على المشكلات)

هل ينخرط المريض في استراتيجيات التحمل التكيفية أو التأقلم بشكل عام؟ متى يكون أكثر نجاحاً في تحمل المشكلات؟ ماذا يعمل؟ هل استراتيجيات التغلب والكفاح حلول قصيرة الأمد أم طويلة الأمد بشكل عام؟ كيف تتواءم الاستراتيجيات مع الأهداف الروحية والدينية؟

مفهوم الذات

ما هي معتقدات المريض حول نفسه (مثل: أنا عاجزٌ أمام مجريات القدر)؟ ما هي معتقداته المساعدة جداً حول ذاته أو حول المشكلات في الماضي؟ هل يمتلك المريض إحساساً قوياً أم ضعيفاً بالكفاءة الذاتية؟

الخلفية الاجتماعية الثقافية

في أي ثقافة نشأ المريض؟ إذا كان مهاجراً، فكم مضى عليه في هذا البلد؟ لماذا قَدِمَ إلى هذا البلد؟ ماهي ارتباطاته بوطنه الأم؟ ما هو مستوى الاستيعاب (التبادل) الثقافي؟ ما هي هويات الجماعة الأخرى (مثل: العرق، التوجه العاطفي، النوع، العمر، القدرات الجسدية ... إلخ) الأكثر أهمية؟

كيف تؤثر خلفيته الثقافية أو الجماعة التي ينتمي إليها على الأعراض وردود الأفعال تجاه تلك الأعراض؟ هل يمكن أن يكون السلوك "طبيعياً" في ثقافته وليس كذلك في ثقافة الطبيب الإكلينيكي (أو بالعكس)؟ هل تؤثر الاختلافات والفروق في هويات الجماعة على طبيعة ونوعية علاقتك؟

الروحانية والدين

ما هو (إن وجد) انتماء المريض الديني؟ هل الدين مهم بالنسبة للمريض؟ ما الطريقة التي تؤثر بها المعتقدات الروحية والدينية والقيم والأهداف والسلوكيات والمصادر على الأداء الحالي؟ هل تقدم شبكة داعمة؟ هل المعتقدات ثقافة مثالية أم شاذة؟ كيف تؤثر طبيعة المعتقدات على مشاعر الدعم والقبول في المجتمع؟

تاريخ الصدمة

هل يصف المريض تاريخ الصدمة في البيت أم في المجتمع أم في المدرسة أم في مواقع العمل؟ كيف يدركه؟ ما هي ردود أفعال الآخرين تجاهها؟

الموارد والعوائق

المصادر الفردية

ما العمل الذي أداه المريض على نحو جيد بشكل خاص أو ما الذي يشعر تجاهه بشعور جيد؟ كيف يمكن لهذه الخواص (مثل: الثبات، الولاء، التفاؤل، الذكاء) أن تكون مصادر للمعالجة؟ كيف يمكن أن تقوّض (تُضعف) المعالجة؟

الموارد الاجتماعية (العائلة والأصدقاء)

ما هي طبيعة وتركيب عائلة المريض حالياً، وأسرة المنشأ و-إذا كان مناسباً- عائلة الولادة؟ ما مدى دعم ومساندة عائلة المريض وأصدقائه؟ هل هم كافيون كمياً ونوعياً لتلبية احتياجات المريض؟ هل يتسببون في رفع أم خفض مستويات ضغط وإجهاد المريض؟ هل يشجعونه ويساعدونه أم يقوضونه ويضعفونه؟ ما الرسائل لتي يقدمونها للمريض عن الذات؟ ما هي القضايا الأخرى التي تحدث في العائلة (مثل: فقدان الوظيفة، المرض، الانتقالات المتكررة والتحركات ... إلخ)؟

النمط العلائقي

ما هو نمط (أسلوب) العلاقة الذي يُميز معظم علاقات المريض؟ علاقة منفتحة تجاه الآخرين؟ علاقة ثقة؟ غامضة ومريبة؟ مُناورة؟ ما هي وجهات نظر المريض العامة تجاه الآخرين؟ ماذا تشبه العلاقة العلاجية؟ هل يمكن أن يكون المريض صادقاً في الأعراض والأحداث والأعراض الجانبية والمخاوف؟ هل يستطيع أن يكشف بصدق وأمانة مستوى الالتزام بالتوصيات؟ هل يشعر بالراحة التي تصحح أية افتراضات خاطئة أُحدثت وأثيرت خلال مسار المعالجة؟

المدرسة / العمل

ما الهيئة التي يحضر عليها المريض إلى المدرسة؟ أين يعمل؟ هل يُدرك المدرسة / العمل على أنها تحدٍ؟ أم كَدَاعِمَة؟ أم أنها ذات معنى؟ أم على أنها إحباط؟ هل ترفع أم تخفض من مستوى ضغط وإجهاد المريض كَدَاعِم؟ هل تقوي أم تقوض المريض؟

الناصحون (أهل الثقة) والنماذج

ما هي الشخصيات البارزة الحقيقية أو التاريخية أو المجازية التي تعد بمثابة ركائز المساندة والدعم أو الموجهين الروحيين؟ كيف عالجوا مشكلات مماثلة؟ ملاحظة: ربما تكون بعض النماذج سلبية بشكل مبدئي في الاتجاه العام. ما هي المظاهر الإيجابية لهذه النماذج "السلبية"؟

حسّ - ومصادر - المعنى

ما هو حسّ المعنى الذي يمتلكه المريض وما مصدره؟ هل الحياة ذات معنى؟ أم فوضوية؟ أم متقلبة؟ ما هي وجهة نظر المريض العالمية؟ من أين يُستخلص المعنى؟ هل لدى المريض حسّ قوي بالهدف أو المهمة (الرسالة) في الحياة؟ هل لديه حسّ قوي بالاتجاه؟ كيف يدرك المريض حياته لكي تكون فيما يختصّ المصادرَ النهائية والمطلقة من المعنى والهدف؟

موارد المجتمع

ما هي الوكالات (الهيئات) -إن وجدت- المُتضَمنة؟ ما مدى دعمها ومساندتها؟ كيف تعمل مع بعضها بعضاً؟ هل هذه الهيئات على خلاف مع بعضها أم أنها تقوّض (تضعف) توصيات ومشورات بعضها، أم تتشارك عموماً فيما بينها بالمعلومات بأسلوب منفتح وتعاوني؟

إسهامات المجتمع

كيف يساهم المريض ويشارك في المجتمع؟ هل تُشعِرهُ هذه المساهمة بأنه مفيد وذو معنى؟ هل هذه الإسهامات معترف بها من قبل أشخاص مهمين في نظامه الداعم؟ هل هي مرتبطة بالأهداف الروحية وتُغذيها؟

عقبات وفرص عملية التغيير

ما الذي يُمكن أن يعمل كعقبات محتملة أو كأمور مُساعدة لعملية التغيير؟ يُمكن أن تكون هذه العقبات والأمور المساعدة مالية أو تربوية أو إجتماعية أو فكرية أو روحية... إلخ. ما الذي يعتقد المريض أنه سيحدث (أو قد يحدث) عندما يحصل التغيير (مثل: سيُحلّ الزواج، ستعمل العائلة بفعالية أكثر معاً، سيُفقَد الدعم المالي ... إلخ)؟

ملحوظة: معدلة من: (Park & slattery. 2008; slattery Park.in press)

الشاب مالكولم The Young Malcolm

مالكولم إكس Malcolm X

وُلِدَ مالكولم لتل(Malcolm Little) في مجتمع يضج بالمشكلات وفي أسرة توقعت منه أن يعمل شيئاً تجاه كل ما يواجهه. هنالك عدة خيوط ساهمت في نشاطه وفعاليته: العنف المُحيط، والاهتمام باللون والعرِق، والفاقة (الفقر) بشكل خاص، لكن أيضاً ترحال العائلة والبحث عن الاكتفاء الذاتي ساهم في ذلك.

ولد مالكولم عام (1925)، وكان الابن الرابع لريف. إيرل (الأم) ولويز لتل (الأب) الذين كانوا يشكلون معاً عائلة من سبعة أفراد (مع الأم والأب). وُلد مالكولم في مدينة أوماها (Omaha) ولاية نبراسكا (Nebraska)، وحينما كانت والدته حاملاً به كان منزلهم مُهدداً مِنْ قبل كوكلاكس كلان (Ku Klux Klan). انتظر والدا مالكولم حتى وُلِدَ، ثم انتقلا إلى ميلووكي (Milwaukee)، ويسكونسن (Wisconsin). وبعد فترة قليلة من ولادة أخيه الأصغر سناً منه انتقلوا إلى لانسنج (Lansing)، مشيغان (Michigan)، المكان الذي تأمل والده أن يجدا فيه الاستقلال المالي الأكبر. وقد وُلِدَ في لانسنج أربعة أشقاء لمالكولم (من زواج أبيه الثاني). أما أصغر إخوته فقد ولد بعد سبع سنوات من وفاة السيد (لتل)، وذلك من زواج والدته الثاني.

في عام (1929) تعرضت أسرته للتهديد مرة أخرى، لكن هذه المرة من قِبل الفيلق (الجحفل) الأسود (Black Legion). في الهجوم السابق انكسرت نوافد منزلهم؛ أما هذه المرة فقد احترق المنزل كلياً. تم استدعاء الشرطة وسيارات الإطفاء لإخماد الحريق ولكنهم اكتفوا فقط بالوقوف ومشاهدة الدمار. وبعدها قامت أسرة (لتل) بالرحيل خارج شرقي لانسنج، مشيغان، منطقة متشغن حيث يمكنهم تحقيق الاكتفاء الذاتي بشكل كبير.

والد مالكولم، الكاهن المعمداني، كان تابعاً لماركوس غارفي، الذي جادل بأن "الحرية والاستقلال واحترام الذات لا يمكن أن تتحقق للزنجي في أمريكا، ولذلك يجب على الزنجي أن يترك أمريكا للرجل الأبيض ويعود إلى أرضه الأصلية الإفريقية (Malcolm X & Haley, 1964/1999, p. 2). عَزَى مالكولم مواقف أبيه السوداء (نحو السود) للعنف الذي عانت منها عائلته. فقد قتل أربعة من أعمام مالكولم على أيدي الرجال البيض، وواحدٌ تم إعدامه من غير محاكمة قانونية، وقد قيل أيضاً بأن والد مالكولم قد قُتل على أيدي الرجال البيض. وقد قال مالكولم إكس فيما بعد "لقد كان اعتقادي دائماً بأنني، أيضاً، سأموت بالعنف. لقد عملت كل ما بوسعي لأكون جاهزاً لذلك" (Malcolm X & Haley, 1964/1999, p. 2).

لقد كان كلٌّ من العِرق والتمييز العنصري اللذان تخللا بيئة مالكولم عواملَ مُشَكِلة لتنميته. كانت عائلة مالكولم واعية جداً لفروق اللون؛ إذ شكَّ مالكولم وتوقع بأن والده قد مَيّزه وفضله لأنه "كان طفله الأفتح بشرة". لقد كان معظم الآباء الزنوج في تلك الأيام يعاملون تقريباً بالغريزة أي أطفال ذوو بشرة أفتح بشكل أفضل مما يعاملون به الأطفال ذوو البشرة الأسمر" (Malcolm X & Haley, 1964/1999, p. 2). وبسبب تفضيل والده له فقد اصطحبه أيضاً إلى اجتماعات اتباع غارفي. وصف مالكولم الشعور آنذاك بأن السود في تلك الاجتماعات كانوا "أكثر حدّة وقوة، وأكثر ذكاءً وعودة إلى الأرض" في هذا المكان أكثر من الأماكن الأخرى حيث كان يراهم، و"جعلوني أشعر بنفس الطريقة" (Malcolm X & Haley, 1964/1999, p. 6). لقد كانت هذه الحدّة (القوة) البساطة هي السجايا التي قدّرها مالكولم في نفسه وفي الآخرين في سن رشده.

وبالمقارنة مع والده، ولدت والدة مالكولم في غرينادا (Grenada) وبدت بيضاء البشرة. اغتُصِبَت والدتها (جدة مالكولم) من قبل رجل أبيض، اعتقد مالكولم أن والدته نتيجة لذلك قد فَضَلَت واستحسنت أطفالها ذوو البشرة الأسمر.

أتذكر أنها أخبرتني أن أخرج خارج المنزل و"دع لمعان الشمس عليك لكي تتمكن من الحصول على بعض اللون". لقد فعلت كل ما بوسعها لئلا تتركني أصبح مصاباً بإحساس تفوق اللون. أنا واثق بأنها عاملتني بهذا الأسلوب بشكل جزئي بسبب الكيفية التي أتت بها (لتضيء) لتكون ضوء نفسها. (Malcolm X & Haley, 1964/1999, p. 8).

كانت السيدة (لتل) قوة لا يستهان بها، متمسكة بمستويات ومعايير عالية لأطفالها وتتأكد من أنهم جيدو التعليم. لقد وصف أكبر أبنائها (ويلفرد) طفولتهم كما يلي:

عندما كنا نقوم بحلّ واجباتنا، كان هنالك دائماً قاموسٌ على الطاولة، وعندما كنا نخطئ في لفظ كلمة كانت أمي تجعلنا نبحث عنها وتعلمنا أن نتهجاها ونلفظها شبكل صحيح. وبقراءة صحيفة (ماريشو-Marryshow) يوماً بعد يوم طَوّرنا مهارات القراءة والكتابة بشكل أرفع وأعلى من زملائنا البيض. وبسبب قراءتنا لصحيفتي (غارفي وماريشو) كسبنا توعية في الشؤون الدولية وتعلمنا ماذا كان يفعل السود من أجل تحسنهم وإصلاحهم الخاص في كل أرجاء العالم. (Carew, 1998, p. 21)

بينما كان الكثير من العنف الذي شاهده مالكولم علناً -بما في ذلك العنف بين والديه والعنف تجاه أطفالهم- إلا أن العنف الآخر كان غير ملحوظ (خفيف) وواسع الانتشار (عام) في أغلب الأحيان. فالشرطة ورجال الإطفاء لم يستجيبوا عندما هوجِمَ منزلهم. وشركات التأمين دفعت الحد الأدنى، وليس الأعلى، من وثائق التأمين على حياة والده بعد قتله. لقد قوّض نظام الرعاية الاجتماعية، ثم شتت أسرة مالكولم بعد وفاة والده. وفيما يتعلق بهذا كتب مالكولم:

عرفت بأنني لن أعود لأرى أمي (في المستشفى الحكومي) مرة أخرى، لأن ذلك قد يجعلني شخصاً شريراً وخطراً جداً -أعرف كيف نظروا لنا كأرقام وكحالة مدونة في سجلاتهم، وليس كبشر. أمي كانت مفردة إحصائية لا تملك أن تكون موجودة، وكانت موجودة بسبب فشل المجتمع ونفاقه وجشعه وعدم الرحمة أو الشفقة ... أنا لا أملك رحمة أو شفقة بداخلي لمجتمع يَسحَقُ الناس ومن ثم يعاقبهم لأنهم غير قادرين على تحمل الثقل الواقع عليهم. (Malcolm X & Haley, 1964/1999, p. 22)

تعلم مالكولم أن يميز العنف بنوعيه، مدركاً أن العنف غير الملحوظ (الخفيف) كان تدميرياً كشقيقه العنف الأكثر علانية.

في قصص طفولة مالكولم إكس كان البيض في أحسن الأحوال حضوراً لطيفاً (كريماً)، مُفيدون ومساعدون بشكل عام وذلك عندما بَرَعَ (تفوق) مالكولم بقواعدهم أعدهم تبعاً لأنظمتهم -كما فعل في المدرسة- وكذلك عندما لم يكن لا يثير ضجة. عندما تكلم مالكولم بصراحة -وذلك عندما حاول أن يأخذ- أكثر مما كانوا يظنون أنه ينبغي له أن يأخذ، كانوا يتراجعون سريعاً أو يدفعونه إلى مسافة أكثر أمناً. فعلى سبيل المثال، عندما كان في سن الثالثة عشر، سأله المعلم ماذا يودّ أن يكون عندما يكبر، فأجابه مالكولم بأنه يريد أن يصبح محامياً.

بدا السيد اوستروسكي (Ostrowski) مندهشاً، أنا أتذكر ذلك، واتكأ إلى الخلف في مقعده وشبك يديه خلف رأسه. طبيعة السيد أوستريكي أنه نصف مبتسم، وقد قال: "مالكولم، إن إحدى حاجات الحياة الأولى لنا أن نكون واقعيين. لا تسيء فهمي، الآن. نحن جميعاً هنا مثلك، أنت تعرف ذلك. ولكن عليك أن تكون واقعياً بشأن أنك زنجي. المُحامي -ليس هدفاً واقعياً لزنجي. أنت بحاجة لأن تفكر بشيء يُمكنك أن تكونه (تستطيع أن تحققه). أنت تستطيع إتقان الأعمال اليدوية. الجميع معجب بعمل دكان نجارتك. لماذا لا تخطط لكي تعمل في أعمال النجارة؟ أمثالك من الأشخاص يحصلون على كل أنواع العمل".

كلما أمعنت النظر لاحقاً بما قاله لي، كان ذلك يسبب لي اضطراباً أكثر. وقد بقيَ ذلك يَسحق هنا وهناك في عقلي.

ما بدأ يزعجني حقاً هو نصيحة السيد أوستروسكي للطلاب الآخرين في الصف- جمعيهم من البيض ... لقد أخبروني جميعاً أنه شجعهم على ما يرغبون به. ورغم ذلك تقريباً فلا أحد من الطلبة قد حقق درجات مساوية لدرجاتي ... لكن على ما يبدو أنني ما زلت لست ذكياً بما فيه الكفاية، في نظرهم، حتى أصبح ما أريد.

ومن تلك اللحظة بدأت أتغير- من الداخل. (Malcolm X & Haley, 1964/ 1999 p.38, italics in original)

كان الدين مهماً لوالدَي مالكولم –على حد سواء- لقد كان والده الكاهن المعمداني، وكانت أمه مؤمنة بعودة المسيح النهاري السابع (أدفنتستية). وعلى أية حال، "حتى في ذلك السن الصغير، لم أستطع أن أؤمن بالمفهوم المسيحي للسيد المسيح على أنه شخص ما مقدّس. ولا يوجد أي شخص متدين ... قد تمكن من أن يخبرني شيئاً. كنت أُظهِرُ قليلاً جداً من الاحترام لأكثر الأشخاص الذين مثلوا الدين". (Malcolm X & Haley, 1964/ 1999, p. 5)

إن مهارات مالكولم الفطرية في مجالات عديدة –أكاديمية، مهارات اجتماعية، رقص، نجارة، صيد- منحتة موقعاً مميزاً. لكن أثرت عليه أمور أخرى متعددة. كان لمالكولم مثلان قويان وحازمان جداً: والده وأخته غير الشقيقة (إيلا-Ella). اعتقد والد مالكولم بأن الأمور يُمكن أن تكون مختلفة بالنسبة للسود وقد عملوا لتحقيقها. وكانت (إيلا) " المرأة السوداء الفخورة جداً الأولى التي رأيتها دائماً في حياتي" (Malcolm X & Haley, 1964/1999 p. 34). وعلى الرغم من أن مالكولم لم يتبع مسار طبقة شقيقته الاجتماعية المتوسطة العليا، إلا أنها أثبتت له بأن بمقدور الشخص أن يطمح للأعلى، وأن يكون ناجحاً، ويواصل عمله لمساعدة السود الآخرين. لقد تعلم مالكولم من أخيه الهادئ (ولفرد)، الذي غالباً ما كان يتضور جوعاً نتيجة لقلة إصراره في أغلب الأحيان، أنه "إذا أردت شيئا فإنه من الأجدر أن تحدث بعض الجلبة" (p. 8). وقد استنتج أيضاً بأنه "في أي وقت تجد شخصاً ما أكثر نجاحاً منك، وبالذات عندما يكون كلاكما منشغلاً بنفس العمل –فأنت تعرف أنهم يقومون بعمل شيء أنت لا تقوم بعمله" (P. 21).

1. ما الأسئلة التي ترغب بطرحها لتجسيد وتعميق فهمك أكثر لمالكولم؟ كيف تستمر بطرحها؟
2. إذا نزعت إلى التركيز على المشكلات بينما تقرأ قصة مالكولم، عُد إلى القصة وميّز مواطن ونقاط القوة. لماذا يُمكن أن يكون هذا مفيداً في عملك معه؟
3. تشير الأرقام الموجودة في الجدول(4.1) إلى الوضع الحالي للأمريكيين الأفارقة، بدلاً من وضعهم عندما كان مالكولم طفلاً، والتي كانت أسوأ بكثير. مع هذا، ما الذي يُخبر به هذا عن الظروف التي كان يعيش تحتها الأمريكان – الأفارقة كثيراً، أو عن السياق المُقابل الذي يُحكمون به أو قد يتفاعلون معه؟ لماذا يمكن أن تكون هذه الأرقام مهمة للانتباه لها عند العمل معه؟

إن قصة مالكولم كما هو مُلاحظ في مادة الحالة وفي التاريخ النفسي الإجتماعي في الجدول(6.2) معقدة، بما فيها من عنف بالغ ومشكلات أسرية على حد سواء (مثل: جدال الوالدين والعنف المنزلي، جرائم القتل، الفقر، وشجاره، والسرقة التي قام بها في سن مبكرة)، لكن هنالك أيضاً نقاط قوة كبيرة (مثل: الصحة الجيدة، والنجاح الأكاديمي، والطبيعة الحازمة والاجتماعية،

وخُلُق العمل القوي، والأساس الروحي القوي). من السهل فحصُ مواطن الضعف أو مواطن القوة، لكن جمعها بشكل منظم يحث ويُشجع على تقييم سريري كامل بشكل أكثر. وثمة قضايا أخرى في مادة الحالة هذه للمُلاحظة:

- يمتلك مالكولم دعامات (مساندة) كبيرة، لكن العديد منها تبدو متعارضة ومتناقضة في الجوهر. ماذا يعني هذا من ناحية الكيفية التي يرى بها مالكولم الآخرين ويتفاعل معهم؟ ماذا يعني هذا بشأن ما سيتوقع أن يجده في المعالجة وكيف سيستجيب (ردود أفعاله)؟
- يذكر مالكولم عدة أحداث عنصرية (مثل: جرائم قتل أفراد عائلته، حرق منزل عائلته، تحيز لون عائلته) تؤثر على الكيفية التي يرى بها العالم. إن الإخفاق بإيلاء العرق والتمييز العنصري الاهتمام أثناء المعالجة من المحتمل أن يقوّض العلاقة العلاجية.
- على الرغم من الضغوطات العديدة التي تسحق الآخرين، أياً تكن، أنه يبدو أن مالكولم قد قَوِيَ بها. ويبدو أن مالكولم يدرك الظلم ويؤمن بأن بمقدوره أن يعمل شيئاً لإصلاح وتعديل ذلك على حد سواء. إنه شخص ذو كفاءة ذاتية بالغة وسيطرة داخلية، يحترم ويقدّر العمل الجازم والواثق في الآخرين. إن اتخاذ موقف سلبي أو محايد في المعالجة من المحتمل ألا يكون مُجدياً. لقد أُحيل مالكولم نتيجة للإيذاء والمشاكل والسرقة البسيطة، لذا ربُما يجب أن تركز المعالجة على مساعدته في تمييز طرق إيجابية للاستجابة للضغوطات والظلم.
- على الرغم من وجود ضغوطات وصراع بالغ داخل عائلته، إلا أن مالكولم يذكر أيضاً الدعم (المساندة) الكبير والنماذج الإيجابية العديدة. ونتيجةً لذلك، ربما يجب أن تُميّز المعالجة الطرق التي تجعل هذا الدعم أكثر فاعلية بالنسبة له.

جدول (6.2): تاريخ مالكولم لتل الاجتماعي النفسي عام (1940)، في سن الخامسة عشر[1].

المشكلة	الوصف الموضوعي	المعاني العالمية والموقفية للمريض	فرضيات حول المعالجة
عرض المشكلة أو الأعراض	قُبض عليه يَسْرقُ الطعام ومواد أخرى من حين لآخر، ومتورط في الإيذاء وفي مشكلات صغيرة (مثل: بقشيش الأماكن العامة)، والمشاجرة مع أخيه والمراهقين الآخرين.	يبدو مبرراً في هذه الأفعال من خلال كلٍ من الأسرة المساندة ومعارضة النظام الذي يراه عُنصرياً.	لا يرى نفسه كمصدر للمشكلات وربما يكون غير متحفز (غير مندفع) للتغيير.

1 المعلومات المُضمنة هنا متسقة ومتوافقة مع مالكولم إكس وهيلي (Malcolm X & Heley, 1964/1999)؛ على أية حال، لأن أوصاف وبيانات مالكولم إكس ذات أثر رجعي (أي أنها استعادة لأحداث الماضي) وانتقائية وناقصة، فإن هذه المادة مُضمنة ليس لقيمتها التاريخية بل التربوية.

تعجيل (تكثيف) الحدث والأحداث الجديدة الأخرى.	توفي والده في حادث قطار قبل عشر سنوات؛ قضت المحاكم أن وفاته كانت انتحاراً رغم أن الأسرة تعارض ذلك. يذكر مالكولم أن كلا والديه كان مناكفاً ومؤذياً للآخر ولأطفالهما رغم أن والده لم يكن مناكفاً له. وفي السنوات الأربع الأخيرة تشتت أشقاؤه ووضعوا في دور الرعاية. وُضِعَت والدته في مستشفى الأمراض النفسية قبل عامين. لم تجد الأسرة طعاماً كافياً يُقيتُها بعد حادثة قتل والده المزعومة.	يرى أحداث وظروف الحياة غير عادلة وعنصرية كثيراً.	ربما يستلزم الربط بين الأحداث الاعتراف بالتمييز العنصري وتحديده في حياته.
التاريخ الشخصي والأسري للمشاكل النفسية.	يُنكر تاريخ الأعراض النفسية، ناسباً المشكلات للمجتمع العنصري الذي يعيش فيه. ذَكَرَ، على أية حال، أن والدته قد وضعت حديثاً في مستشفى نفسي كنتيجة لـ «انهيار عصبي».	غاضب من النظام الذي فَرَضَ إدخال والدته المستشفى للمعالجة. عزا إدخال والدته المستشفى للمعالجة إلى ضغوطات اجتماعية نفسية وخاصة التمييز العنصري واسع الانتشار.	ربما يكون الانحياز بمعنى مالكولم لهذه الأحداث، في البداية على الأقل، ضرورياً للربط.
السياق الحالي الحالة الصحية واستخدام الدواء.	قوي وبصحة جيدة. لاعب كرة سلة جيد. لم يُذكر تعرضه لمشكلات صحية. لم يُذكر تناوله للأدوية.	يُقدّر صحته التي يراها كعلامة خارجية لحيويته الشخصية.	تؤثر نقاط القوة هذه على مفهومه الذاتي، وهي نقاط قوة يُمكن أن تُسخّر وتستخدم في المعالجة.
استخدام المخدرات / الكحول	لم يُذكر أن العائلة أو المريض قد استخدمها.	لا مشكلة	
الأداء الفكري / المعرفي	يذكر أنه أحد أفضل الطلاب في صفه. يفكر بتجرد، يدرك كلاً مما هو كائن ما سيكون.	يبدو ذكياً وكفؤاً ويرى هذا الوسائل لتحقيق الأهداف الشخصية.	تعد هذه نقاط قوة أكثر للتسخير والاستخدام في المعالجة.

أسلوب التحمل (التغلب على المشكلات)	يُخبر عن تمييزه للمشكلات، وإدراك أسبابها الحضارية الاجتماعية، والاحتجاج عليها بصوت عالٍ.	يرى نمط التحمل هذا (التغلب على المشكلات) على أنه طبيعي وصحي.	هذه نقاط قوة أكثر. يجب أن تكون المعالجة فاعلة (نَشِطة) وتعالج الظلم الاجتماعي الحضاري.
مفهوم الذات	يرى نفسه كشخص «حدسي» مثل والدته، وكشخص قادر على معالجة أو مراوغة المشكلات.	يُقدر أسلوبه في التعامل مع العالم.	كفاءته الذاتية يمكن أن تعزز التغيير. يجب أن تكون المعالجة فاعلة (نَشِطة) وحدسية بدلاً منها عقلانية.
الخلفية الإجتماعية الثقافية	هو أمريكي إفريقي في مجتمع عنصري بلا ريب. كان لوالديه بيتان تعرضا للتهديد، أحدهما احترق كلية. اغتيل والده وخمسة من أعمامه في أعمال عنف عنصرية. حَضَرَ مجموعة ماركوس غارفي كطفل يافع برفقة والده وشعر بأن أعضاء هذه المجموعة الانفصالية السوداء كانوا أكثر شدة (قوة) وأكثر «ذكاء وعودة إلى الأرض» من السود الآخرين.	يرى العالم على أنه عنصري وغير عادل، مع وسائل عادية إلى نجاح مسدود. يرى المنهج النَشِط والانفصالي لماركوس غارفي مثل من يُعطي درباً من أجل النجاح.	العرق وقضايا العدالة الاجتماعية يجب أن تُعالج وتواجه في المعالجة. يصف مالكولم نماذج أمريكية إفريقية إيجابية متعددة. العمال البيض، خاصة أولئك الذين يخفقون في الاعتراف بالتمييز العنصري وتحديه، سيواجهون صعوبة في إيجاد تحالف علاجي فعال.
الروحانية والدين	نشأ في عائلة ذات معتقدات دينية قوية. كان والده كاهناً معمدانياً. أما والدته فهي مؤمنة بعودة المسيح النهاري السابع (أوفنتستية) وقد تم انتقادها لأنها رفضت «الأطعمة القذرة»، مما تسبب بفقرهم المدقع. يذكر أنه لا يؤمن بأن السيد المسيح كان مقدساً أو أنه يحترم أكثر القادة الدينيين.	يبدو خائب الأمل تجاه الدين المبالغ بتنظيمه.	على الرغم من أنه يبدو خائب الأمل تجاه الديانات المنظمة، إلا أن الدين كان قوة عائلية وجزءاً فريداً من هويتهم العائلية على حد سواء. وقد يكون هذا مصدراً للدخول في المعالجة.

تاريخ الصدمة	قُتِلَ والده على ما يُقال عندما كان عمره خمس سنوات، وقُتِل أعمامه كذلك. شركات التأمين والمجتمع لم يستجيبوا ولم يصدقوا كان والديه عنيفين تجاه بعضهما بعضاً وأحياناً تجاه أطفالهما.	هذا التاريخ من العنف المرتبط بالعرق عزل مالكولم عن المجتمع السائد (البيض)، وأوجد توقعاً بأنه سيموت صغيراً نتيجة للعنف.	هذا الإحساس بالعزلة واليأس قد يقوّض العلاقة العلاجية وقد يكون مانعاً هاماً للتغيير. ما الذي كان يرى مالكولم أنه قادر على تغييره؟
الموارد والموائق المصادر الفردية	يمتلك قدرات ومهارات قراءة وكتابة عالية، وهو كذلك قوي في حل المشكلات. إنه مناظر قوي، ومُجِدٌّ في عمله، وحازم. وهو نجار جيد، بستانيّ، وصياد. يدرك أن بإمكانه التعلم من أي شخص، بما في ذلك الأشخاص أكثر نجاحاً منه.	يرى هذه القدرات الفردية كسمات ستجعله ناجحاً في أي موقف تقريباً.	يمتلك كفاءة ذاتية بالغة وتطلعات عالية يُمكن أن تكون مُفيدة في المعالجة. يُمكن أن توازن هذه جزئياً شعوره باليأس تجاه الظلم العرقي.
الموارد الاجتماعية (العائلة والأصدقاء)	المسترشد هو المريض السابع من بين أحد عشرة طفلاً (أربعة منهم من زواج والده الثاني). ورغم الضغوطات الكثيرة إلا أن عائلته تملك نقاط قوة بالغة. كان والداه أنموذجاً قوياً، عملا بجد لتوفير حياة مستدامة قوية تجاه التمييز العنصري. وقد سانده والده بقوة بينما تحدته والدته. كان هو واخوته يتشاجرون مع بعضهم البعض، لكنهم كانوا مخلصين ومساندين. ومنذ حادثة قتل والده المزعومة، أصبحت العائلة فقيرة جداً وبدون طعام؛ بعض الأطفال وُضعوا في دور الرعاية.	يُقدّر الدعم والمساندة الاجتماعية داخل العائلة ويعزو المشكلات الحديثة إلى التمييز العنصري وإلى الطرق التي قوّض بها النظام عائلته.	يريد نظام الرعاية الاجتماعية والمعالجة لدعم الأسرة لا لتقويضها.

النمط العلائقي	شخصٌ مُهيمن، واجتماعي، ومولع بالجدل. وهو حدسي وقادر على قراءة أفكار الآخرين بشكل جيد. إنه قادر على كسبهم ليحبوه ويساعدوه.	يشعر بالرضى تجاه مهاراته الاجتماعية. يعتقد أن قراءة أفكار الآخرين طريقة لتحقيق أهدافه الفردية.	قد تُوجدُ مهاراته الاجتماعية علاقة علاجية صعبة، لكن يمكن أن تكون أيضاً قوة كبيرة في أجزاء أخرى من حياته.
العمل/المدرسة	يقترب من التفوق على صفه في المدرسة؛ ومن جهة أخرى، عندما أعلَن أنه أراد أن يكون محامياً حين يكبر، شجعه معلم مفضل بدلاً من ذلك على أن يكون واقعياً ويصبح نجاراً.	يرى أن تقييم المعلم لمستقبله غير عادل وحافز رئيسي إلى اعترافه (اعتراف مالكولم) بالتمييز العنصري.	يحتاج لإيجاد بعض الطرق لحل هذا التناقض بين قدراته ومعاملة المجتمع له.
الناصحون (أهل الثقة) والنماذج	يرى كلاً من والده وأخته الكبرى كباعثين على الفخر وبارعين (قادرين) وهو ذو علاقات إيجابية قوية معهما. أكدت والدته على أهمية التعلّم والعمل بجدّ، واللذان احترمهما. من جهة أخرى، رأى أن أخاه (ويلفرد) كان يتضور جوعاً لأنه كان هادئاً وغير حازم على حد سواء. تعلم مالكولم أنه ينبغي أن «تُحدِثَ بعض الجلبة» حتى تحصل على ما تريد.	يرى الناس بينما يتقدمون إلى الأمام من خلال أن يكونوا أقوياء، وفخورين وبارعين (قادرين) وحازمين وأذكياء. لقد قُدِّرت هذه السمات في عائلته رغم أنها ليست ضمن المجتمع العنصري الذي يعيش فيه على الأقل عندما كانت توجهه نحو التفوق أو نحو أن يصبح «مغروراً».	إن هؤلاء الناصحون (الموجهون) وهذه النماذج تُعبر عن موارد اجتماعية، لكن كذلك عن الخواص والسمات التي يرغب مالكولم بتطويرها. ويمكنهم أن يقتربوا عندما يبحث مالكولم عن الطرق الإيجابية لحل المشكلات.
حسّ – ومصادر – المعنى في الحياة	إنه مدرك بحدة بأن العالم عنصري، ومهتم باللون، وغير عادل، لكنه يؤمن كذلك بأنه إذا أحدث أحدهم «بعض الجلبة». فالأمور يُمكن أن تتغير. على الرغم، من أن مالكولم مُحاط بالعنف طوال طفولته، إلا أنه اعتقد بأن عقله كان عاملاً أكثر أهمية لإجراء التغيير من العنف لوحده. يعتقد مالكولم أنه سيموت أيضاً موتاً عنيفاً.	يُدرك أهمية أن يكون ذكياً، لكن يُدرك كذلك أهمية «إحداث جلبة» للتأثير. لا يرى نتيجة شخصية إيجابية لكفاحه.	التركيز والاهتمام فردي، وعائلي، واجتماعي وحضاري. إن تأطير (صياغة) أهداف المعالجة بشكل فردي (بصورة شخصية) فقط يفتقد جزءاً هاماً من تاريخ مالكولم.

موارد المجتمع	تشتري العوائل في المجتمع الغذاء من المريض وأشقائه، بالإضافة إلى التشارك مع العائلة. إن نظام الخدمة الاجتماعية يشرف على العائلة بشكل نشط منذ أن أدخلت والدتهم المستشفى للمعالجة؛ إذ يراعون (نظام الخدمة الاجتماعية) وضع أطفالها الأصغر في دار الرعاية.	إنه متناقض بشأن دعم الجيران وسلبي جداً تجاه تدخل نظام الخدمة الاجتماعية في عائلته.	يرغب بعلاقات مُساندة، لكن ليست تلك العلاقات التي يراها كتقويض (إضعاف) لعائلته أو لنفسه.
إسهامات المجتمع	لم يُذكر شيئاً، رغم أنه كان مسانداً نشطاً للعائلة والجيران.	يبدو قوياً وقادراً. ويرى هذا على أنه معياري.	تعد هذه نقطة قوة للتسخير والاستخدام في المعالجة.
عقبات فرص في عملية التغيير	إنه لامع، وقادر، ولديه حسّ قوي بالكفاءة الذاتية. لقد قوّض (أضعفَ) أو اعتُبر كـ «حيوان أليف» من قِبل شخصيات السُلطة.	لا يثق بأكثر البيض ولا بشخصيات السلطة. لا يُدرك نفسه بوصفه لديه مشكلة، ناسباً المشكلات إلى العوامل الاجتماعية الحضارية.	يجب أخذ الهوية العرقية بعين الاعتبار في تحديد وتعيين الطبيب الإكلينيكي. اختر الأهداف التي لدى مالكولم رغبة بالعمل عليها، بينما يعترف بالإسهامات الاجتماعية الحضارية في المشكلات. اعترف بنقاط القوة الهامة واقترب منها في المعالجة.

غالباً ما يتبع مقال التاريخ الاجتماعي النفسي صيغة قياسية تتضمن أول عامودين من جدول (6.2)، على الرغم من استخدام العناوين والفقرات المختصرة بشكل عام. نحن نُضَمِن عامودين إضافيين: المعاني التي يستخلصها المريض استجابة للعوامل الموصوفة في التاريخ الاجتماعي النفسي في الفرضيات حول تأثير هذه الأحداث على المعالجة (Slattery & Park, in Press). على الرغم من أن هذين العمودين الأخيرين لم يُتضمنا عادة في التأريخات الاجتماعية النفسية، إلا أنهما يوضحان نوع التفكير الذي قد ينشغل به الطبيب الإكلينيكي التأملي خلال جمع أو قراءة التاريخ الاجتماعي النفسي، إنهما يوضحان نوع التفكير الذي يبني التعاطف.

خارطة الأسرة الجينية Family Genogram

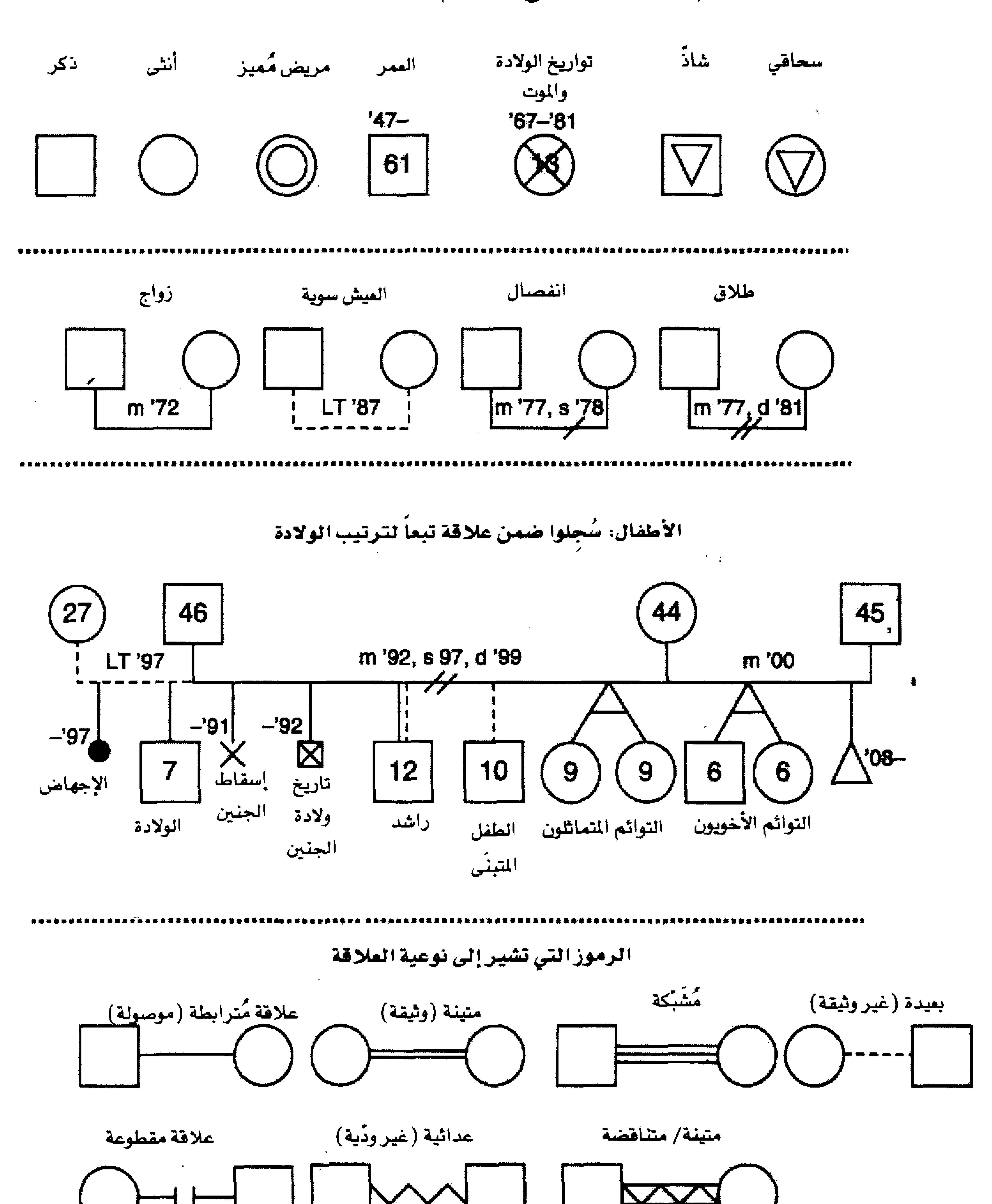
تعد خارطة الأسرة الجينية (McGoldrick et al., 1999) وسائل مرئية لاستنباط الفرضيات حول العوامل الأسرية التي قد تساهم في المشكلة أو تخدم كموارد للمعالجة. عادة ما تتضمن الخرائط الجينية البسيطة مادة نسبية، لكن هذه الخرائط تُظهر أيضاً العلاقات، وأنماط تشخيص الصحة العقلية أو إساءة استخدام المواد، والأحداث الرئيسية في تاريخ الأسرة. وتتضمن معظم الخرائط الجينية معلومات أساسية حول عدد الزيجات والأطفال، ترتيب الولادة، والوفيات (انظر الشكل 6.2). يُمكن أن تتضمن الخرائط الجينية معلومات أيضاً حول الاضطرابات الحاصلة في الأسرة (مثل: إدمان الكحول والإكتئاب)، والتحالفات (الزيجات والقرابة)، التفاعلات العلائقية (مثل: الانقطاعات والمُشابكة)، والأوضاع المعيشية. لقد وصف سلاتيري (Slattery, 2004) استخدام الخرائط الجينية لتتبع مواطن قوة الأسرة. ويعد استخدام الخرائط الجينية محصور ومُقيد بالخيال فقط.

إن إحدى طرق استخدام الخرائط الجينية هي تتبع المعلومات الأسرية المعقدة؛ وهذا يكون مفيداً بالتأكيد لعمل الطبيب الإكلينيكي مع مالكولم لتل (انظر الشكل 6.3). إضافةً لذلك، يعد الاستعمال الأكثر أهمية للخرائط الجينية، من ناحية أخرى، هو لاستنباط فرضيات حول العلاقات الأسرية. فعلى سبيل المثال، لأحداث الأسرة معان فريدة. وقد تُنقل الأنماط الأسرية للتأثير على الأجيال القادمة (إما أن تكون متكررة أو مؤثرة). قد يختلف معنى الأحداث والأنماط الأسرية عبر المرضى، فإن القضايا شائعة ومشتركة عبر الناس. غالباً ما تعكس المثلثات وتسبب مشكلات في التواصل؛ حيث إن الأسر المُشبّكة (المتشابكة) تواجه غالباً صعوبات مع الخصوصية والحدود. ومن الأسئلة والفرضيات التي يمكن أن تُثار بالاعتماد على الأنماط في الخارطة الجينية لمالكولم لتل ما يلي:

- كيف يمكن أن يكون الطفل الرابع لأبيه من زواجه الثاني، وهو السابع بين أحد عشرة طفلاً في المجموع، قد أثر على مالكولم؟ ماذا عن مباعدة الأطفال القريبة (الضيقة) نسبياً في زواج والديه- سبع أطفال خلال تسع سنوات؟
- ذَكر مالكولم أن لون بشرته أوجَدَ، وربما، قوّض التحالفات في أسرته. كيف كان هذا متأثراً بحادثة اغتصاب جدته؟ كيف أثر لون بشرته وردود أفعال الناس نحو ذلك على الكيفية التي رأى بها نفسه وعلاقاته مع الآخرين؟
- كيف أثرت الجرائم التي قُتِل بها والد مالكولم وأعمامه مِنْ قبل البيض -واغتصاب جدته- على مفهوم الذات عنده، وعلى نشاطه، وعلى مواقفه حول العرق؟
- يبدو أن هناك مثلث هام بين مالكولم ووالديه -ماذا كان تأثير هذا المثلث على وضع أسرته؟ كيف يُمكن أن يؤثر على علاقاته اللاحقة؟
- كيف يمكن أن تكون التحالفات (الزيجات والقرابة) في الأسرة داعمة لمالكولم خلال هذه الفترة الحساسة؟

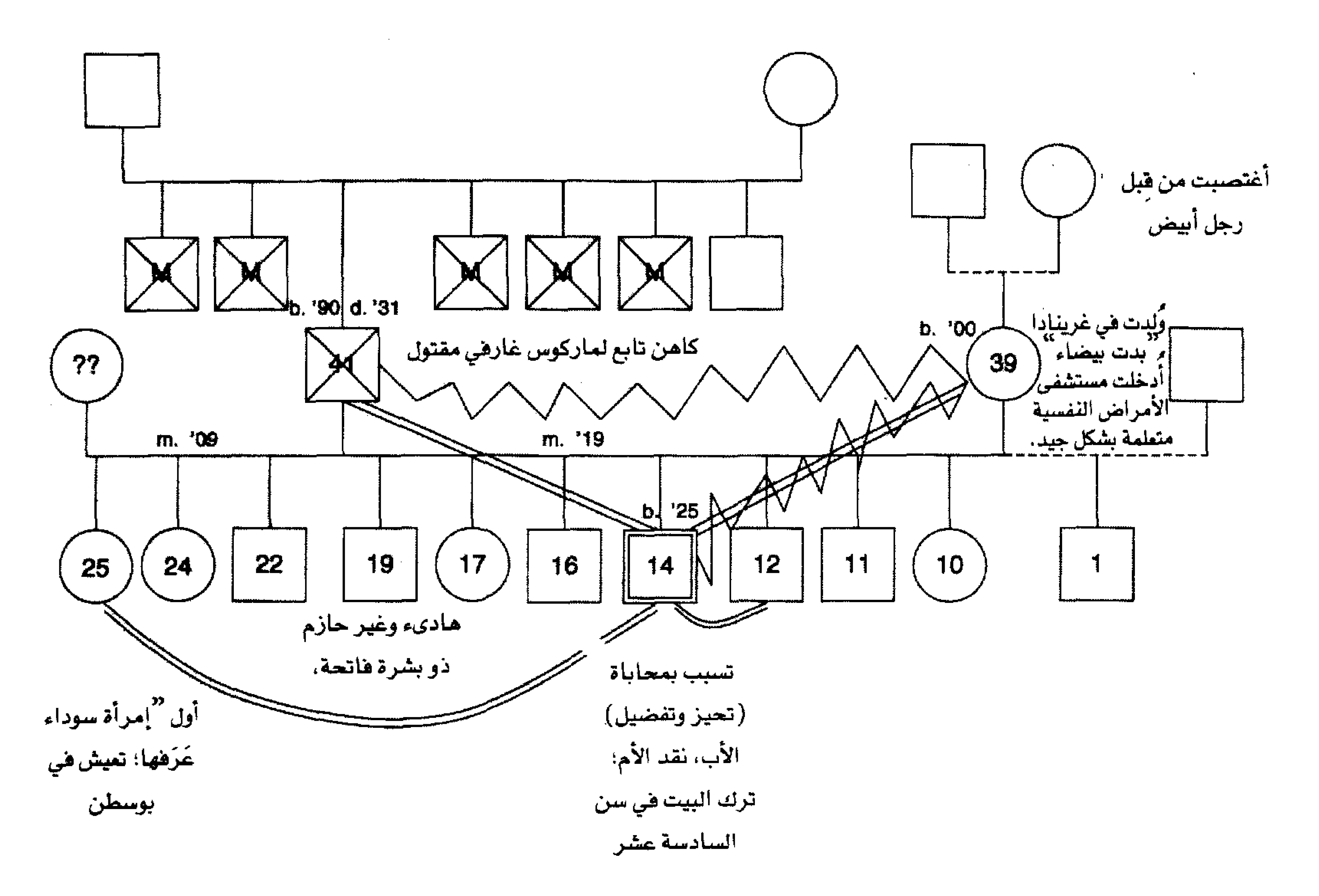
لأن خرائط الأسرة الجينية تمثل جزءاً معيارياً لعلاج الأسرة وقد كانت موصوفة جيداً في مكان آخر (McGoldrick et al. 1999)، فإنها لن تحظى بتغطية تفصيلية في هذا المكان. ومع ذلك، وكما

يظهر في هذا الوصف المقتضب للخارطة الجينية لأسرة مالكولم لتل، فإن الخرائط الجينية تساعد الأطباء الإكلينيكيين على أن يُتابعوا الأسر الممتدة المعقدة، وهي أداة هامة لاستنباط الفرضيات حول أعراض المرضى ومشكلاتهم. ويُمكن أن تكون الخرائط الجينية مفيدة جداً لمساعدة المرضى على اكتساب التبصر (الفهم العميق) بنماذج أسرهم.



شكل (6.2): قائمة مختصرة للرموز المعيارية للخارطة الجينية

ملاحظة: عُدل من: (McGoldrick, 1999)



شكل (6.3) الخارطة الجينية لمالكولم لتل في عام (1940)، بعمر الرابعة عشر عاماً

خط الزمن Timeline

يعيش الناس في عائلة وسياق منظم؛ ومن جهة أخرى، فهم أيضاً يعيشون في سياق زمني. إن خط الزمن استراتيجية مفيدة لوصف السياق التاريخي والزمني للمرضى، ويمكن أن يكون مفيداً بشكل خاص مع الأشخاص الذين لديهم تواريخ معقدة أو مع أولئك الذين تكون العلاقات بين الأحداث لديهم غير واضحة.

يعد خط الزمن سِجلّ منذ لحظة الولادة حتى الزمن الحاضر يصف كل الأحداث الرئيسية المتعلقة بالمرضى وعائلتهم الحالية. وهو شبكة (منظومة) تنظيم مفيدة للمعلومات، ويُبرز التجاوز الزمني للأحداث. وتتضمن خطوط الزمن بشكل عام أنواع المعلومات طوال الخارطة الجينية للأسرة، بما فيها تواريخ الميلاد، والوفيات، والزيجات، والطلاق، وما إلى ذلك فيما يتعلق بالأسرة الحالية. بالإضافة إلى ذلك، تسجل خطوط الزمن كلاً من الأمور الدنيوية –الاعتيادية (مثل: تغيير العمل الاختياري)، وغير العادية (مثل: أن يُتهم الفرد بجنحة الاغتصاب).

يُمكن النظر إلى خط الزمن على أنه نوع من نسخة غير رسمية (شكلية) من مقياس تقييم التعديل الاجتماعي (Social Readjustment Rating Scale-SRRS). من ناحية أخرى، فإنه بدلاً من تسجيل الضغوطات ببساطة في العام الماضي، كما يتم في (SRRS)، فإن خط الزمن ينظر إلى الضغوطات والأحداث الرئيسية من وجهة نظر المريض الخاصة (التي يتميز بها عن غيره) على مدى الحياة. هذا يعني، أحياناً قد لا يكون الطيران أمراً ضاغطاً لمعظم الأشخاص، إلا أن إخبار شخص ما أن عليه أن يطير فوق بلد ما كجزء منظم ومستمر من عمله يُمكن أن يكون ضاغطاً رئيسياً لشخص يُعاني من رهاب الطيران. علاوةً على ذلك، تقدم خطوط الزمن الفرصة للنظر إلى تجمع من الضغوطات وكذلك إلى ردود الأفعال نحوها. إن فقدان الوظيفة أمر ضاغط بشكل دائم تقريباً، لكن معناه قد يُضخم خلال العام الذي شُخص فيه الطفل بمرض السرطان، مطلب أحد الزوجين الطلاق، وأهمل سداد الرهن. بالإضافة إلى ذلك، فإن الشخص الذي يُواجه أربعة ضغوطات بالغة خلال حياة هادئة نسبياً قد يُدرك ويستقبل هذه الضغوطات بشكل مختلف عن الشخص الذي واجه ضغوطات بالغة طوال الحياة.

وبشكل عام، فإن عملية التقييم هذه تُسجل أيضاً ردود الأفعال تجاه هذه الضغوطات، والتي تتضمن الاكتئاب، ومحاولات الانتحار، والتقرحات، والإسراف بالشرب. كيف يكون رد فعل الشخص تجاه الضغوطات؟ هل تقهر (تربك) الضغوطات العادية نسبياً المريض أم أنه بالإمكان التعامل مع مجموعات الضغوطات ومعالجتها بشكل حسن؟ هل تغير هذا النمط من ردود الأفعال مع مرور الزمن مع الشخص الذي يبدو أنه يصبح إما مقهوراً بسهولة أكثر أو أكثر جرأة وشجاعة ومقاوماً أكثر للضغط؟ ما هي أنواع الضغوطات التي يبدو أنها تقهر المريض (مثل: الضغوط المتعلقة بالعمل، الضغوط البينشخصية، الضغوط العائلية)؟ هل هناك أي نوع لموضوع هذه الضغوطات (مثل: التهديد الشخصي، فقدان السيطرة، الهجر (الخضوع والاستسلام) المُدرك)؟

برز عدد من المواضيع في خط الزمن تُحاكي (تُكرر) تلك التي لُوحظت في تاريخ مالكولم لتل الاجتماعي النفسي وخارطته الجينية (انظر الجدول (6.3)).

- يذكر مالكوم أن والديه قد أنجبا عدداً من الأطفال في فترات متعاقبة سريعة، مكرراً ثانيةً الأسئلة التي برزت بواسطة الخارطة الجينية حول توفر الموارد الطبيعية والعاطفية في العائلة.
- لقد عانى من عدد من الصدمات الهامة طوال حياته بما فيها خمس جرائم قتل، وحادثتي احتراق منزلي عائلته، وانحدار صحة والدته النفسية، ووضعه في دار رعاية. إلى أي مدى ترتبط الاهتمامات والمخاوف التي نشأت بواسطة هيئة الإحالة بالصدمة؟
- بدا أن مستوى العائلة الأدائي قد تراجع في السنوات التي تلت قتل والده -إلى أي مدى ارتبط هذا

بالحزن وإلى أي مدى ارتبط بالفقر؟

- إن كلاً من هذه الفرضيات يوحي بأن المشكلة قابلة للمعالجة وللتعامل معها، ولو أن ذلك تم بطرق مختلفة.

إن خط الزمن مفيد في تنظيم المعلومات المستقاة من حياة مالكولم، لكنه يُقدم صورة غير كاملة عن خبرته. وعلى العكس من كونه طفلاً مهزوماً ومصدوماً، فإن مالكولم كان لامعاً بارعاً، وذكياً، وحازماً. كيف أصبح مالكولم على هذه الشاكلة؟ على الرغم من أن تاريخ مالكولم الاجتماعي النفسي يبدأ بالإجابة عن هذا السؤال، إلا أن خط الزمن الخاص به يجب أن يتضمن ويدمج صفات القوة هذه لكي يقدم تقييماً إكلينيكياً ثلاثي الأبعاد، والذي سيُشرك مالكولم في العلاج. وبإضافة المعلومات الواردة في الجدول (6.4) يبدأ اكتمال هذه القصة.

تقييم الوضع العقلي Mental Status Evaluation

يعد وصف الوضع العقلي الجزء المعلوماتي لأكثر التقييمات. وضع المريض العقلي في المجالات العديدة والذي يتضمن المزاج، والإدراك، والاندفاع (التهور) يُقيم عادة في خضم التقييمات الأخرى أو خلال المعالجة. وسويّة مع التقييمات الأخرى، يُوجِدُ وصفاً ثلاثي الأبعاد لوضع المريض النفسي خلال التقييم. وتُعد مثل هذه التقديرات مساعدةً في عملية التشخيص الفارقي، ويُمكن أن تساعد الأطباء الإكلينكيين على استنتاج ما إذا كانت العزلة الاجتماعية، على سبيل المثال، تتعلق بالعمليات الاكتئابية، أو العمليات الذهانية النامية، أو اضطراب طيف التوحد.

جدول (6.3) : خط الزمن لتاريخ مالكولم لتل العائلي الحديث وحياته المبكرة[2].

1890- ولد (إيرل لتل) في مدينة رينولدز بولاية جورجيا.
1900- ولدت (لويس نورتن) في غرينادا.
1909- تزوج (إيرل لتل) من (ديزي ميسن)، زوجته الأولى.
1914- ولدت (إيلا).
1915- ولدت (ماري).
1917- ولد (إيرل).
1919- تزوج (إيرل لتل) زوجته الثانية، لويس نورتن، في مونتريال.
1920- ولد (ويلفرد).
1922- ولدت (هيلدا).
1923- ولد (فيلبيرت).
1924- هُددت العائلة والمنزل من قِبَل الـ (KKK) بينما كانت السيدة لتل حاملاً بمالكولم.
1925- ولد (مالكولم).
1926- انتقلوا إلى ميلووكي.
1927- ولد(ريجنالد).
1928- انتقلت العائلة إلى لانسنغ، آملةً تحقيق الاستقلال المالي.
1929- ولد (إيفون).
هُدد المنزل وحُرِق كُليةً بينما كانت أجهزة مكافحة الحريق تتفرج.
انتقلت العائلة خارج شرق لانسنج.
1931- دَهس الترّام (إيرل لتل) ومات؛ وأشيع بأنه قد قتل من قبل مجموعة عنصرية بيضاء. ورُفِض دَفع وثيقتان من وثائق التأمين الثلاثة للعائلة ادعاءً بأن السيد (لتل) قد انتحر. واجهت العائلة صعوبة في تأمين الطعام.
1936 تودّد رجل أسمر البشرة من لانسنج للسيدة (لتل).
1937- انتهت علاقة السيدة (لتل) -ربما بسبب عدد الأطفال الذين كانوا بحاجة للطعام. بدأت السيدة (لتل) بالتراجع والضعف: "بداية نهاية الواقع أمي".
"دُمِرت" العائلة من قِبَل الولاية التي بدأت بوضع الأطفال في دور الرعاية.
1938- ولد (روبرت)، وطرد (مالكولم) من المدرسة.
أُعلن قانونياً بأن السيدة (لتل) مجنونة وأُدخِلت إلى مستشفى حكومي.

ملاحظة" أُخذ من (Malcolm X & Haley, 1964/1999; Twenty-First Century Books, 2008)

[2] التواريخ الصادرة من مصادر رسمية والتي تصف حياة مالكولم إكس متضاربة ومتناقضة. أما المعلومات المُدرجة هنا فليست معروضة لدقتها التاريخية -مع أننا نعتقد أنها تنسجم مع السجلات التاريخية المتوافرة- بل تُعرَض لتصف كيف يُمكن أن يستخدم الفرد المعلومات المتعلقة بسيرة حياة شخص ما لفهمه.

جدول (6.4): إضافات أساسية على خط الزمن لمالكولم لتل

1929- انتقلت العائلة خارج شرق لانسنغ، آملةً أن تصبح مكتفيةً ذاتياً، وتبني منزلاً.
1929-1931- سافر مالكولم بصحبة والده لمقابلة أتباع (غارفي). وصف اعتقاده بأن السود كانوا في تلك الاجتماعات "أكثر شدّدة، وأكثر ذكاء وارتباطاً بالأرض".
1931-1938- اهتم بالمدرسة واعتُرِف به مِن قبل كلٍ من البالغين والأطفال، البيض والسود، كواحد من أذكى الأطفال وأكثرهم موهبة.

ملاحظة: أُخذ من (Malcolm x & Haley. 1964/1999; Twenty-first Century Books.2008)

وعلى خلاف تقييمات سبر مماثلة، بما فيها اختبار الحالة العقلية المُصغر (Mini Mental State Exam)، فإن أوصاف الحالة العقلية تتضمن كلاً من نقاط القوة والضعف لدى المريض. ويتنوع المحتوى الخاص بتقدير الوضع العقلي بشكل كبير معتمداً على مكان التقدير والناس المُقيَّمون (مثل: شخص بالغ في جناح مرض الزهايمر في بيت تمريض (رعاية)، أو تقييم ما قبل المدرسة للطفل المُتشبه بأنه يعاني من التوحد)، ولكنها تتضمن بشكل عام المجالات الآتية:

- **المظهر (الهيئة)**: عمر المريض، وعرقه، وجنسه، ووضعه العلائقي (طبيعة ونوع علاقاته)، ولباسه، وهندامه، ومشيته، ووضعيته (وقفته وجلسته)، ومستوى نشاطه، وتنسيقه.
- **علاقة مُجري المُقابلة / المريض**: تُوصف مهارات المريض البينشخصية، والوئام بين المريض ومُجري المقابلة بالإضافة إلى وصف إدراك وفهم الطبيب الإكلينيكي لصحة المقابلة. يُمكن أن تؤدي العلاقة الضعيفة بين مُجري المقابلة والمريض إلى أن يحجب المريض المعلومات أو يتنكر لها مما يُدخِل التحيّز في تفسير المؤشرات الأخرى.
- **العاطفة (Affect) والمزاج (Mood)**: يُشير المزاج (Mood) إلى "جوّ المريض العاطفي"، والذي يعد داخلياً وذاتياً وأكثر ثباتاً بشكل نسبي، وقد يتغير عبر الوقت. وغالباً ما يستدل على المزاج من نبرة (لهجة) المريض اللفظية ومن البيان الشخصي. أما العاطفة المُظهرة بشكل علني (Affect) فتشير إلى عاطفة (إحساس) المريض الممكن مُلاحظتها (العلنية). وتتضمن أوصاف الشعور عادةً مستوى التفاعلية (مثل: هادئ، صريح، فظ، مقيد، طبيعي، واسع (رَحِب ومتحرر)، غير مستقر). والتطابق بين التعبير العاطفي والمضمون اللفظي. وبالإضافة إلى وصف الوضع الحالي فإنه يتم ملاحظة مؤشرات القلق أو الاضطرابات العاطفية (الانفعالية) (مثل: التواصل البصري، الوضعية، التكلفات العصبية –الأسلوب أو السلوك).

- **الحديث واستخدام اللغة:** الحجم، والسرعة، والطلاقة، وطول الفترة، وطبيعة فصاحة الردود، ومناسبتها للموقف، ووضوح الإجابات، تخضع جميعها للتقييم. أما محتويات الكلام غير العادية (مثل: المصاداة (الترديد المرَضِي لما يقوله الآخرون)، التعميم الزائد، استخدام الكلمة الركيك) فتميّز وتُعرّف.
- **المعرفة (الإدراك) والذاكرة:** وتتضمن الانتباه والاهتمام والتركيز والتكيّف (إلى شخص ما، ومكان، وزمان، وهدف من المقابلة)، والذاكرة طويلة وقصيرة المدى، والمستوى الثقافي العام ومخزون المعرفة، والتفكير المجرد، والقدرة على إنجاز المهام البسيطة (مثل: الحساب، والقراءة وإعادة الجمل، والقدرة على فهم المهام وتأديتها، ومحاكاة الأشكال أو إحداثها).
- **الاضطرابات في التفكير:** يتضمنُ المشكلات في طلاقة التعبير عن الأفكار خلال الحديث بعض التفاصيل غير المتصلة بالموضوع، الكلمات والمقاطع المتكررة بشكل غير ضروري، والتفكير المُقاطع أو المُعتَرِض (إعاقة التفكير)، الارتباطات غير المنطقية الطليقة. قد تُعكس مراحل المرض في المؤشرات السلوكية أو البيانات اللفظية من الهلوسة، والأوهام، والهواجس، والأساليب الفصامية، والابتعاد عن الواقع، وتبدد الشخصية، والارتباك حول هوية الفرد. إن أفكار الانتحار أو القتل موصوفة في هذا المجال بالإضافة إلى مؤشرات مستوى الخطورة.
- **التبصر والحكم:** يشير التبصر إلى حالة الوعي بعرض المشكلة وطبيعتها، وخطورتها، والحاجة إلى المعالجة، بينما يشير الحكم إلى القدرة على تمييز الاستجابات المعقولة والمناسبة للمشكلات البديهية. وغالباً ما يكون الحكم مُميزاً ومعرّفاً من خلال النظر إلى نمط (أسلوب) المريض في الكفاح (التعامل، والتغلب على المشكلات)، بما في ذلك ما إذا كانت جهود الكفاح هذه تميل إلى زيادة المشكلات أو تقليلها.

هل تعكس أفعال مالكولم مرضاً اجتماعياً؟ تخلفاً عقلياً؟ اكتئاب؟ ضعف في المهارات الاجتماعية والوعي الاجتماعي؟ اغتراباً ثقافياً؟ لاحظ كيف يقدم مقال تقدير الوضع العقلي لمالكولم لتل منظوراً جديداً عن سلوكاته، والذي يُساعد -مع المعلومات المجموعة سابقاً -على استنتاج التشخيص الفارقي (انظر الجدول (6.5)).

جدول (6.5):

جزء الوضع العقلي من تقرير كان يُمكن أن يكتب لمالكولم لتل عام (1940) عندما كان في سن الخامسة عشر[3].

مالكولم لتل ولد طويل، نحيل، أمريكي من أصل إفريقي وعمره خمسة عشر عاماً، ويبدو أكبر من عمره المذكور. كان حسن الهندام، يرتدي بعناية بدلة خضراء أنيقة بدا بها فخوراً بنفسه. كانت مشيته رياضية ومليئة بالحماسة، وبوادره (إيماءاته) طليقة. كان ساحراً ولطيفاً وردّ على الأسئلة بشكل مفتوح، موحياً أن الملاحظات المستنتجة ستكون صحيحة. هو حالياً في الصف الثامن، إذ يَذكر أنه كان متفوق. وُضعت والدته مؤخراً في مستشفى كالامازو العقلي الحكومي بعد حالة انهيار عصبي؛ أما والده فقد قُتل على ما يُقال في عنف عرقي عندما كان عمره خمس سنوات. يدرس قسم مشيغان للخدمات الإنسانية وضع مالكولم في دار رعاية بعد سلسلة من السرقات البسيطة والأذى البسيط في المدرسة والمجتمع.

كان شعور مالكولم واسعاً (رَحِباً ومتحرراً) ومتسقاً مع محتوى المقابلة. لم يبدُ مكتئباً أو قلقاً، ولم يبلغ عن أيٍ من أعراض هاتين الحالتين: اتكأ للأمام، وحافظ على اتصالٍ بصري جيد وطبيعة منفتحة – مسترخية طوال فترة المقابلة. لم يُظهر أي عادات عصبية ما عدا قذف كرة صغيرة كان قد أحضرها معه إلى المقابلة واللعب بأشياء صغيرة كانت أمامه على منضدة الكتب. وبالرغم من ارتياحه الواضح إلا أنه كان يبدو في عدة أوقات متيقظاً وأقل كشفاً (للذات وللأمور) سواءً بشكل لفظي أو من خلال تعابير وجهه، خاصة في الرد على الأسئلة المتعلقة بارتباطات نظام الخدمة الاجتماعية مع العائلة.

لم يذكر أية هلوسات أو أوهام؛ لم يُلاحَظ أي دليل عليها أو أي نوع من المرض الفصامي أو الأمراض الأخرى. لم يذكر أي تاريخ انتحاري (محاولات انتحار سابقة) أو فكرٍ نزاع للقتل، على الرغم من أن على جسده عدداً من الخدوش الواضحة والنُدب، والكدمات، ولم يذكر أي تاريخ من السلوك المؤذي للذات، وبدلاً من ذلك عزا هذه الإصابات إلى رحلة الصيد الأخيرة عبر الخمائل.

مالكولم لامع بارع، ويفكر بتجرد، ويرد بفطنة على الأسئلة. بدلاً من الرد فقط على الأسئلة المباشرة المطروحة، كان قادراً على الرد بشكل مقنع على السؤال الضمني (غير المباشر) وتعيين الأنماط في حياته. كان حديثه ضمن الحدود الطبيعية في درجة الصوت، والنبرة والطبقة، مُنوّعاً بحجم الصوت (جهارته) لتأكيد النقاط التي يتحدث عنها. استخدم مفردات لغوية واسعة جداً، مع جمل متطورة جداً، كلمات مُختارة بعناية لتُبَرهِنُ تاريخ القراءة العميقة والجيدة، واستعمال

---

3 المعلومات المُضمنة هنا متسقة ومتوافقة مع مالكولم إكس وهيلي (Malcolm X & Haley. 1964/1999) على أية حال لأن أوصاف وبيانات مالكولم إكس ذات أثر رجعي (أي أنها استعادة لأحداث الماضي) وانتقائية وناقصة، فإن هذه المادة مُضمنة ليس لقيمتها التاريخية بل التربوية.

مُحنّك من الجناس الاستهلالي والتورية. كان حازماً وصريحاً، حديثه مُترابط بوضوح وبقوة مع قليل من التأتأة أو التوقفات.

كان مالكولم سريع الملاحظة وفضوليٌّ اجتماعياً، يلاحظ أدق التفاصيل ويثيرُ فهماً جيداً لسلوكه وسلوكات الآخرين. أظهر ثقة بالنفس وتفاعلاً مع البالغين بارتياح. على أية حال، السرقة الأخيرة التي قام بها وإيذاءه (المشاكل) الصغير متهورة ونرجسية (أنانية) في الحالة والأسلوب، تبين ضعف الحكم (قلة التعقل): لقد اعترف بأنه ارتكب السرقات التي اتُّهِمَ بها، مبرراً أفعاله بالاستناد إلى كلٍ من فقد عائلته الحالي والطرق التي أُسيئت بها معاملة الأسرة.

رغم أن تقدير الوضع العقلي يُمكن أن يكون مفيداً جداً في تعيين وتمييز وجود المشكلات وتحديد طبيعتها، إلا أنه من الممكن أن يكون ذاتياً (متحيزاً) بطبيعته ومستنداً على وجهات النظر العالمية لمُجري المقابلة بالإضافة إلى المُقابَل (مُن تُجرى معهم المقابلة). إن وجود الوعي بهذه الذاتية وتأثيرها على صحة المقابلة هو أمر هام، وبالذات لتقييمات مَرضى نشأوا في مجتمع عرقي، أو في بلد آخر، أو لتقييمات أولئك الذين لم تكن لغة المقابلة لغتهم الأولى. حتى عندما يشترك كل من الأطباء الإكلينكيين والمرضى باللغة وبلد الأصل، فإن السلوكات غير اللفظية واللغة العامية (غير الفصيحة) يُمكن أن تملك معانٍ مختلفة لكل طرف. ونتيجةً لذلك، تتضمن التقارير المكتوبة عن تقدير الوضع العقلي كلاً من الاستنتاجات (الاستدلالات) والملاحظات التي تؤدي إليها. وهذا يسمح للقارئ بتقدير (تقييم) البيانات المستخدمة لاستخلاص النتائج وتحديد ما إذا كانت التفسيرات الأخرى لبيانات المقابلة أكثر صحة.

اعتماد وجهات نظر متعددة TAKING Multiple Perspectives

ليس من الحكمة أن تستثني تنيناً حياً من حساباتك
R.R.TOLKIEN.

تستغل التقييمات الإكلينيكية القوية المصادر المتعددة لكي تكسب وجهات نظر متعددة حول المرضى، وتتفادى المجموعات المعرفية الصارمة. وعند اجراء تقييم إكلينيكي لطفل معارض، فإن الملاحظة السلوكية للطفل، ومقابلة الوالدين، والتقييمات الواردة منهما (مثل: قائمة تدقيق سلوك الطفل؛ (Achenbach & Rescerla, 2004)، والاستشارات مع المدرسين تعد بروتوكولات معيارية في كثير من الأماكن.

وبدلاً من البحث فقط عن رؤية مفردة للمرضى، فإن من المهم جمع وجهات نظر متعددة. يستمع الأطباء الإكلينيكيون المتعاطفون الفاعلون للمرضى، لكنهم أيضاً يلاحظون سلوكهم -في مكاتبهم

(مكاتب الأطباء الإكلينيكيين)، وغرف الانتظار، وأماكن أخرى. وغالباً ما يتحدثون إلى أفراد العائلة ويتواصلون مع هيئات وجمعيات أخرى مُتضمنة في الحالة (مثل: هيئة مراقبة الأحداث، وخدمات حماية الطفل، والأطباء النفسيين، والأطباء العاديين). يستطيع الأطباء الإكلينيكيون أيضاً أن يجعلوا مرضاهم يبدون ملاحظات لتكرار، وشدة، وسوابق (ما يسبق السلوك)، ونتائج سلوكهم.

ومن أجل تقديم تقييمات إكلينيكية عادلة وغير متحيزة عند جمع مادة من مصادر متعددة، فإن على الأطباء الإكلينكيين أن يأخذوا الأسئلة الآتية بعين الاعتبار: ماهي التصورات الأخرى للسلوك، والمشكلات، والأعراض التي يمكن أن تؤخذ بعين الاعتبار؟ أي الأفراد المستجيبين يذكر مشكلات أكثر وأيهم يذكر مشكلات أقل؟ ما هو الأمر المختلف بشأن تلك المواقف أو أولئك المستجيبين؟ ماهي الأمور التي تعمل بعض المصادر على إهمالها وحذفها؟ هل هذه الاختلافات متعلقة بالفروقات من وجهة نظر المُلاحِظ والسياق؟ هل هي متعلقة بالفروقات في الأماكن التي يرى فيها المُلاحظُ المريضَ؟

Food for Thoughtغذاء للفكر

في حالة أندريا ييتس (انظر الفصل الثاني)، هنالك العديد من المواد المصدرية الأصلية متوفرة على الشبكة العنكبوتية. ومع أن هذه المصادر قد تم تلخيصها أو أثرت على وصف الحالة في الفصل الثاني، لكن يُمكنك أن تتوصل إلى استنتاجاتك الخاصة من خلال قراءة المصادر الأصلية. انتبه إلى وجهة نظر الكاتب وانحيازه.

Associated press.(2002, February 21). Transcript of Andrea Yates' confession. *Houston Chronicle.* Retrieved from http:/www.chron.com/cs/CAD/ story.hts/special/ drownings / 1266294# top *Overwhelming at time,but gives a good indication of her state of mind at the time of her confession.*

Denno,D.W.(2003).Appendix 1.Timeline of Andrea Yates' life and trial. *Duke journal of Gender law and policy, 10,61-84.Retrieved from http://www.law.duke.edu/journals/ journaltoc?Journal= djglp&toc= gentoc 10n1.htm A comprehensive summary of information contributing to Ms.yates' state of mind at the time of the murders.*

Religious Tracts by Michael Woroniecki.(2008,November 13). Retrieved from *http:www.flickr.com/photos/86593188@ noo/3028898336/sizes/1/1n/set-72157609022093567 http://www.flickr.com/photos/86593188 Copies of Michael woroniecki's newsletter* perilous time. *Including sections introduced at Ms. Yates trial.*

Yates,R.(n.d.) Welcome. Retrieved from http://WWW. yateskids.org *Rusty yates's site includes a variety of original materials. Including photos and video- tapes of his children and famiy.as well as a link to materials about his wife's case.*

- ماذا تستنتج بعد قراءة هذه المواد؟ إذا تغيّرت وجهة نظرك خلال قراءتك للمصادر الإضافية، فكيف تغيرت؟ ما الذي أثر عليك؟
- ما التحيزات التي يمتلكها كل كاتب؟ كيف أثرت هذه التحيزات على تقديمه للحقائق أو الإستنتاجات؟
- لو افترضنا أن لكل شخص انحياز (تحيزات)، كيف يمكنك أن تستمع للمصادر أو تقرأها لكي تقلل التحيز في تقييماتك الإكلينيكية.

ربط استراتيجيات التقييم معاً Pulling Assessment Strategies Together

لكل سؤال معقد إجابة بسيطة - وهي خاطئة.
H.L.Mencken

تعد عملية تقييم المرضى واستنباط النظريات التي نُوقشت في الفصلين الخامس والسادس طريقة مهمة للبناء والفهم الدقيق والسياقي (ضمن السياق) للمريض. لقد وصفنا بشكل منظم جمع المعلومات والملاحظات السلوكية والمُكتسبة أثناء استراتيجيات التقييم الرسمية، واستخلاص الاستدلالات والفرضيات من هذه الإستراتيجيات، ثم تنظيم هذه الأنواع المختلفة من المعلومات إلى تقييم إكلينيكي عام لتوجيه المعالجة. ومتى ما تم ذلك بشكل جيد، فإن هذا التقييم المتكامل يُوجِدُ صورة ثلاثية الأبعاد للمريض تنقل الطبيب الإكلينيكي ما بعد (وراء) الأعراض والمشكلات إلى فهم تعاطفي وسياقي للشخص. إن هذا التعاطف والفهم المؤطر (السياقي) أساسيان لإشراك وجذب المرضى، ولتطوير أهداف المعالجة والتدخلات، وللتعرف على العوامل التي من شأنها أن تزيد أو تقلل المشكلات، ولدفع التغيير، ولتوقع الحواجز والمعيقات التي تقف في وجه التغيير، ولتسخير واستخدام نقاط القوة في المعالجة.

وكما توضح الأمثلة المذكورة في هذا الكتاب، فإن هنالك شبكة من العوامل المترابطة التي تؤثر في سلوك الشخص والوضع الحالي. فعلى سبيل المثال، لا تسبب الإساءة والانتهاك مشكلات بشكل مباشر في الأداء الحالي؛ إذ إن النتائج خاضعة للمعاني التي يستنتجها الأشخاص من الإساءة، والدعم الاجتماعي، ونقاط القوة الفكرية والاجتماعية، ومستويات الأداء السابق، وتاريخ الصدمة السابق. إنّ التقييم القوي يُعير انتباهاً إلى هذه العوامل من أجل تعيين وتمييز نقاط القوة والضعف لتوليد استراتيجيات المعالجة الفعالة.

غذاء للفكر Food for Thought

إن كتابة تقارير التقييم بشكل جيد مهارة مهمة تم وصفها بتفصيل أكثر في الفصل السابع. ويعرض الجدول (6.6) مقتطفاً من تقرير مُنصب على أسئلة الإحالة التي لربما قادت مالكولم إلى المعالجة. بينما تقرأ هذا المقتطف، قيّم نقاط القوة ونقاط الضعف فيه، ثم قارن ردود أفعالك مع التوصيات الموجزة في الفصل السابع. بعد ذلك، عُد إلى الحالات السابقة (مثل: أندريا بيتس ولل لوكو في الفصلين الثاني والثالث على التوالي)، وذلك لممارسة وتطبيق استخدام استراتيجيات التقييم هذه وكتابة تقارير تلخص تقييماتك الإكلينيكية لهم.

جدول (**6.6**):

أجزاء من تقرير تقييم مالكولم لتل4. لقد حُذفت المعلومات التي تقود إلى المُلخص والتوصيات في هذا المثال. ولكنها عُرضت بشكل أولي في جداول وأشكال سابقة.

جينيفيف جي. سوانسون، دكتوراة

عالم نفسي إكلينيكي، مُجاز في مشيغان

1431 شارع مابل

كلامازو، مشيغان

تقييم نفسي

الاسم: مالكولم لتل

تاريخ الولادة: 5/19/1925

تاريخ التقييم: 6/14/1940

تاريخ التقرير: 6/16/1940

سبب التحويل: أُحيل مالكولم لتل من قسم مشيغان للخدمات الإنسانية نتيجة لسلسلة من السرقات الصغيرة والأذى البسيط الذي أحدثه في المجتمع. لقد طلبوا تقييماً لتحديد سبب وقوعه في المشكلات داخل المجتمع، وطلبوا توصية بالنسبة إلى ما إذا كان وضعه في بيئة خارج المنزل أمر ملائم.

لقد نُبّهت السيدة لتل لطبيعة وغرض هذا الفحص. أولاً، لقد تم هذا الفحص بناء على طلب من قسم مشيغان للخدمات الإنسانية لتعيين الخدمات الضرورية لاستقرار ابنها، وفيما إذا كان

4 على الرغم من أن هذه المعلومات متسقة مع البيانات التاريخية، إلا أن هذه المادة لم تستند على تقدير (تقييم) أصلي. المعلومات المُتضمنة هنا لم تُعرض لدقتها التاريخية بل لوصف كيف يمكن للفرد أن يُعدّ تقييماً ويكتب عن نتاجاته.

الوضع في بيئة خارج المنزل أمر ملائم وضروري.. ثانياً، ذلك التقرير مستند على هذه المقابلة، واستشارات طرف ثالث، وتقييمات مُنجزة سَتُجمع لغرض عمل توصيات بخصوص المعالجة الممكنة. ونظراً لهذا، فقد وافقت السيدة لتل على المشاركة بهذا التقييم.

إجراءات التقييم:

مقابلة مع مالكولم لتل (ساعة واحدة)

مقابلة مع السيدة لويس لتل في مستشفى كالامازو العقلي الحكومي، وتجميع خارطة العائلة الجينية، والتاريخ الاجتماعي النفسي، وخط الزمن (ساعتان).

استشارة المدرس، السيد أوستروسكي (25 دقيقة).

مراجعة ملخص سجلات المريض، قسم شيغان للخدمات الإنسانية.

الملخص والتوصيات: مالكولم لتل ذَكَرٌ أمريكي أفريقي يبلغ من العمر خمسة عشر عاماً، ذو قدرات فكرية وجسدية واجتماعية هامة. هو ما يؤثر مؤخراً في المدرسة وينشغل في السرقة والأذى البسيط في المجتمع.

مالكولم هو الرابع بين سبعة أطفال للسيدة لتل. يُخبر كلاً من مالكولم والسيدة لتل عن تاريخ هام من العنف والصدمة، مع خمسة أفراد من العائلة على الأقل، بما فيهم والد مالكولم، قُتلوا على ما يُقال في العنف العرقي. ويذكران أيضاً احتراق بيتهم كليةً في حادثتين وأن والدة السيدة لتل قد اغتصبت مما نتج عنه ولادة السيدة لتل. وقد وصف مالكولم أيضاً تاريخاً واقعياً من العنف البيتي بين السيد والسيدة لتل، بالإضافة إلى تعرض معظم أطفالهم للعنف الجسدي، بما فيهم مالكولم. يعترف مالكولم أن هذا النمط من العنف قد تسبب بمشكلات هامة في العائلة، ولكنه يذكر بنفس القدر من الاهتمام والقلق أو أكثر الكيفية التي أُسيئت بها معاملته هو وعائلته ضمن المجتمع، وخاصة من معلميه البيض وجيرانه وموظفي الخدمات الاجتماعية. ويعتقد مالكولم أن أعمالهم عنصرية في أغلب الأحيان، وأنهم قوّضوا (أضعفوا) أسرته. ويذكر كلاً من مالكولم ووالدته أن حدة الاكتئاب قد ازدادت عندها منذ قتل السيد لتل قبل ثماني سنوات ومع فقرهم المتزايد أيضاً. مالكولم قلق بشكل خاص حول وضع أشقائه قد وضعوا في دار الرعاية وحول الآمال الضعيفة التي يحملها له معلم مفضل سابقاً.

يتمتع مالكولم بكفاءة ذاتية عالية ومركز ضبط داخلي، لكن مركز مسؤولية خارجي، إذ إنه لا يعزو مشكلات العائلة لنفسه أو لأمه. إنه يرى أن أعماله الحالية هي ردود أفعال ملائمة للمجتمع العنصري الذي يقوّض أسرته بشكل منظم. يمتلك مالكولم مهارات قياديه قوية هامة، فهو حازم ويؤمن بردود الأفعال النشطة على الأمور الضاغطة، ويجذب البالغين بسهولة، ويستجيب جيداً لتوجيهاتهم عندما يكون سلوكهم حساس عرقياً.

بالتسليم بهذه المُقلقات، وحواجز المعالجة، ونقاط القوة الفردية والعائلية، فإن التوصيات الآتية تُقدم:

1. تمتلك عائلة لتل قدرات (نقاط قوة) هامة، وبدى عليها الأداء الجيد حتى موت السيد لتل، الذي أدى إلى خسارة كبيرة في دخل العائلة وفي المساندة الاجتماعية. وبدلاً من ترك الأطفال لتلبية احتياجاتهم الجسدية والعاطفية فإنه من المحتمل أن يستجيبوا بشكل أفضل إلى الإحالات لبرامج تقدم دعماً مالياً وغذائياً. إن الأطعمة المُجهزة مسبقاً لم تكن مراعية لمعتقدات السيدة لتل الدينية، مما يجب أن يؤخذ به بعين الاعتبار في الإحالات المستقبلية.
2. على الرغم من أن مشكلات مالكولم الحالية قد تتعلق بالصدمة والحزن، إلا أنه من غير المحتمل أن يتقبل مالكولم للشكل التقليدي من العلاج النفسي. ربما يتقبل معالجات أكثر نشاطاً، على أية حال، وخاصة المعالجة التي ستوجهه وتساعده في تمييز طرق إيجابية للاستجابة للأمور الضاغطة الحالية. إنه ذو خبرات جيدة جداً مع كنيسة ماركوس غارفي وقد يكون منفتحاً للجهود ليجد نفسه ناصحاً يوثق به هناك.
3. بما أن مالكولم قد شعر بأن البيض قد تصرفوا معه بطرق ظالمة وهابطة، فإن من يعمل معه ينبغي أن يكون متجاوباً إلى تصورات التمييز العنصري والظلم في كلٍ من الأمور الضاغطة التي يُخبر عنها مالكولم والخدمات التي يتلقاها.
4. إن بعضَ عدم اتزان أسرته ينبثق من اكتئاب والدته الحالي وعلاجها الأخير بالمستشفى. وعلى الرغم من أنها منفتحة على المعالجة المقدمة حالياً في مستشفى كالامازو العقلي الحكومي، إلا أن كثيراً من أعراضها تبدو لكي تكون تفاعلية (متفاعلة) مع الفقر والضغوط الحادة التي تواجهها أسرتها. يجب أن تساعد الجلسات المبدئية على استقرار عائلتها، وتلبية احتياجاتهم الطبيعية الأساسية، وتطوير المساندة الطبيعية في المجتمع.

مُقدم مع كل الاحترام

جينيفيف جي. سوانسون / دكتوراة

عالم نفسي مُجاز

MI-5555P

الخلاصة Summary

يعيش الناس في سياق يؤثر على كيفية إدراكهم للموقف، ويوجّه ويحدد ردود أفعالهم على هذا الموقف. إن الإخفاق في تقييم هذا السياق يقوّض محاولات الفهم والتعاطف.

لقد تم مناقشة أربع استراتيجيات تقييم في هذا الفصل: (أ) ينظم التاريخ الاجتماعي النفسي معلومات متنوعة عن أداء المرضى في أماكن مختلفة بشكل مكتوب؛ (ب) تنظم الخرائط الجينية

وتقدم بشكل بصري العلاقات العائلية والأنماط الأسرية بطريقة تجعلها سهلة الفهم؛ (ج) تسجل خطوط الزمن الأحداث الرئيسية في حياة المرضى بترتيب زمني، والذي يسمح بالتمييز والتعريف السهل للأنماط المؤقتة؛ (د) تصف تقييمات الوضع العقلي بدقة أداء المريض النفسي في عدد من العَوالِم (المجالات). إن كلاً من استراتيجيات التقييم هذه تجمع المعلومات والتي ربما تكون دون ذلك مهملة بسهولة.

الناس كائنات ثلاثية الأبعاد، رغم أنهم قد يأتون للعلاج واصفين جانباً واحداً فقط من جوانب حياتهم —في العادة يصفون أعراضهم ومشكلاتهم. إن توسيع صورة الشخص عن طريق استخدام مدى من المُخبرين (مثل: المريض، والوالدين، والمعلمين) أنواع من المعلومات هو غالباً أمر مهم جداً لعملية العلاج. وذلك يمكن أن يساعد على توليد فرضيات إضافية لتفسير سبب تصرف المريض بطريقة خاصة ولتعيين فرص وحواجز التغيير.

كيف تطبق هذه القضايا على حياتك وعملك؟

اختر واحدة من المشكلات التي تواجهها في حياتك الخاصة وَصِف وجهة نظرك بالعوامل التي تؤثر عليها. ثم عيّن تاريخك الاجتماعي النفسي، والخارطة الجينية للأسرة، وخط الزمن. كيف سيصف أحدهم وضعك العقلي؟ عيّن الأنماط التي تظهر من هذه التقييمات.

1. ما هي المعاني الجديدة والفهم الجديد اللذان يظهران حالما تنهي هذه التقييمات؟ كيف ستغير هذه الاستراتيجيات وجهة نظرتك تجاه هذه المشكلة؟
2. ما هي الموارد النفسية، والمساندة الاجتماعية، والحواجز المعيقة لعملية التغيير التي عيّنتها؟ ما هي العوامل التي تحتاج لأخذها بعين الاعتبار إذا كنت تقرر إحداث تغييرات؟
3. انظر إلى كُلٍ من وصفك المبدئي للمشكلة ثم لوصفك الآخر المستند على التاريخ الاجتماعي النفسي وخارطة الأسرة الجينية وخط الزمن وتقدير الوضع العقلي. كيف سيكون شعورك لو قام شخص ما باستخدام تعريفك الأولي للمشكلة أو إذا قام بتطوير ثانٍ، أي تطوير وجهة نظر ثلاثية الأبعاد أكثر عنك وعرض المشكلة الخاصة بك؟

ملاحظة: في أغلب الأحيان يُجمع التاريخ الاجتماعي والنفسي وخارطة الأسرة الجينية وخطوط الزمن بسلاسلة في جلسة قد لا يُدرك المريض خلالها حتى هذه العملية.

7 الفصل السابع

الكتابة الإكلينيكية
Clinical Writing

إلى أين نتجه؟

1. لماذا تعتبر الكتابة الإكلينيكية مهمة؟
2. صف كيف تخدم الأنواع المختلفة من الكتابة الإكلينيكية أغراضاً مختلفة؟
3. ما الذي يُميز الكتابة الإكلينيكية؟
4. كيف يكون التعاطف مهماً للكتابة الإكلينيكية؟

أنا فقط مجرد مهووسة I'm Just Being a Freak

كلير فيشر، ستة أقدام إلى الأسفل Claire Fisher, Six Feet Under

أُحيلت كلير فيشر(17 عاماً) إلى مرشدها السيد ديتمان (Mr. Deitman) بعد أن وضعت قدماً بشرية مقطوعة في خزانة أحد زملائها الطلبة (Robin & Arcia,2001). هي طالبة في مدرسة ثانوية قُتل شقيق صديقها ذو السنوات الست أثناء اللعب بسلاح والديه. وتعاطى زميلها مؤخراً جرعة زائدة من الهيروين مترافقة مع القيادة بسرعة.

غاري ديتمان 1: لماذا لم تخبريني بعلاقتك مع غابريل ديماس؟

كلير فيشر1: آه [تضحك] أظن أنني فقط لم أكن في مزاج لمحاضرة حول الأصدقاء غير المناسبين.

السيد ديتمان 2: ما الذي يجعلك تعتقدين أنني سأقوم بعمل هذا؟

كلير فيشر 2: بعض الأشخاص لا يعتقد أنه ذو تأثير هائل؟

السيد ديتمان 3: وأنت ماذا تعتقدين؟

كلير فيشر 3: أعتقد أن لي نفس قدر التأثير عليه مثلما له عليّ، لذا لا يبدو أن الأمور ستسير فقط في طريق واحد.

السيد ديتمان 4: حسناً. التعلق بشخص آخر هو أسلوب تعلق بجزء من أنفسنا.

كلير فيشر 4: [توقف مؤقت، تنظر إلى الأسفل ومن غير انقطاع] هو مثل نسخة مفرطة مني (مطابقة جداً)، ألا تعرف؟

السيد ديتمان 5: [يومئ برأسه] يمكنني أن أرى ذلك.

كلير فيشر 5: [تحملق ثم تهز رأسها بسرعة] بل ما هو يمر به إنه أكثر بكثير. أنا أدرك –كما تعلم– معنى الشعور بأن ظلاً يلازمك دائماً [تنظر للأعلى وتحدث اتصالاً بصرياً].

السيد ديتمان 6: ما هو ظلك؟

كلير فيشر 6: [تجهم، ضحكة عصبية] إممم. الموت. أظن [توقف مؤقت] الموت و... الصمت؟ [تضحك، تهز رأسها] هل ذلك مجنون؟

السيد ديتمان 7: ما هو الصمت؟

كلير فيشر 7: [تنهدة تأملية] لا أعرف. إنه يشبه الحزن أو ... [تهز رأسها] الخوف ربما. [انحنت للأمام وتكلمت بسرعة أكثر] إنه مثل، أنت تعرف، كل شخص مذعور جداً بحيث أنهم سيقولون الشيء الخاطئ. لأنه مثلما تعرف حقاً أنه عندما تدفن شخصاً ما فذلك هو الوقت الأكثر حساسية في حياة شخص آخر. لذا، فكذلك عائلتي ، إنهم حذرون جداً. يبدو أنهم يختفون تقريباً [توقف مؤقت، تهز رأسها، كا لو أنها تُعيد توجيه نفسها] كان ذلك ثقيلاً. [توقف طويل].

السيد ديتمان 8: [اعتدل] ماذا يجري؟

كلير فيشر 8: [رافضة] لا شيء. أنا فقط مجرد مهووسة.

السيد ديتمان 9: ليس من الضروري أن تكوني خائفة بأنك ستقولين الشيء الخاطئ.

كلير فيشر 9: ذلك تماماً، أما أنا فلا [تضحك، تبدأ الإيماء بشكل واسع] أنا أقصد، أنا أقول الشيء الخاطئ. لكن، هذا سيبدو غباءً، لكنني أتحدث هراءً كثيراً طوال الوقت، أنت تعرف، وتلك هي فقط طريقة أخرى لئلا أقول، مهما يكن ... [تهز رأسها].

السيد ديتمان 10: لئلا تقولين ماذا؟ (توقف مؤقت؛ تفتح كلير عينيها باتساع بينما تحافظ على التواصل البصري، تهز رأسها ببطء). أنا لست هنا من أجل المدرسة أو من أجل أمك. أنا هنا من أجلك أنت فقط.

كلير فيشر 10: [أبطأ وأهدأ] هذا سِرّي، صحيح؟ [توقف طويل؛ يُنزل غازي ديتمان قلمه ويحركه وورقته بالقلم على الطاولة نحو كلير] غايب (زميل كلير) لم يتعاطَ جرعة زائدة بالصدفة [ضحكة عصبية] لقد قام بها عن قصد، أعتقد ذلك.

السيد ديتمان 11: أكثر الجرعات الزائدة ليست في الواقع مجرد صدفة.

كلير فيشر 11: صحيح، فماذا بالإمكان أن أعمل كصديق لشخص يقوم بعمل أشياء مثل ذلك؟ حسبما أعرف، أعرف كل ... "أنا لا أستطيع إنقاذ الأشياء". لقد توجهت إلى المواقع الإلكترونية. كلها تشبه مالا تستطيع عمله. ماذا يمكنني أن أعمل؟ [تضحك، تنظر إليه]

السيد ديتمان12: حاولي ألا تجعلي نفسك مخفية.

كلير فيشر 12: [تشير إلى نفسها بكلتا يديها] هذا ليس عني.

السيد ديتمان 13: تلك ليست بداية جيدة، أليس كذلك؟ [تفتح كلير عينيها باتساع، تحبس أنفاسها سريعاً، تُحدّق] (Robin & Garcia, 2001).

- ميّز على الأقل ستة أشياء من هذا المشهد لاحظتها حول كلير أو مرشدها.
- ما هي الاستدلالات التي استخلصتها من هذه المشاهدات؟
- كيف تؤثر وجهة نظرك العالمية على تصوراتك لهذا المشهد؟
- اكتب تقريراً موجز عن كلير باستخدام ملاحظاتك واستدلالاتك.

لماذا تعتبر الكتابة الإكلينيكية مهمة
Why Clinical Writing is Important

أنا أكتب بالكامل لمعرفة ما أفكر به، وما أبحث عنه، وما أراه وماذا يعني.
Joan Didion

الكتاب جزء هام جداً لأكثر الوظائف الإكلينيكية –وهي تأخذ غالباً (25%) أو أكثر من وقت عمل الأطباء الإكلينكيين- وهي نتاج علني يعكس مهارات الفرد الإكلينيكية. إن الكتابة الإكلينيكية الدقيقة تطور وتعكس التعاطف السياقي (ضمن السياق) للمرضى على حد سواء. يصف هذا الفصل الكتابة الإكلينيكية.. بالذات كيف تختلف الأنواع الأكثر رسمية أو التقنية (الفنية) الأخرى للكتابة.

تتميز الكتابة الإكلينيكية عن أكثر الأنواع الأخرى للكتابة بأنها أكثر رسمية، وموضوعية، ومفصلة. تُدّعَم نتائجها وتوصياتها بواسطة الملاحظات الإكلينيكية. ولأن الكتابة الإكلينيكية تُنظم المعلومات بشكل منظم من عدد من المجالات، فإنها تمنح الأطباء الإكلينيكيين فرصة لتطوير تعاطف أساسه المعرفة المعقدة للشخص.

توثق الكتابة الإكلينيكية وتلخص تفكير الأطباء الإكلينيكيين بدقة حتى يستطيع القرّاء الآخرون فهم نتائجهم وتنفيذ التوصيات. وعلى سبيل المثال، قد يقرأ كل من المدير والطبيب النفسي ومعالج العائلة ووالدة كلير التقرير المكتوب وينفذون بعض أجزاء توصياته. يُمكن أن تساعد الكتابة الإكلينيكية الكاتب والقرّاء على تطوير فهم مشترك والعمل معاً كفريق. بالرغم من أن الوقت والمسافة قد يمنعان الاتصال وجهاً لوجه. علاوة على ذلك، ولأن القراء والكُتّاب قد لا يتقابلون وجهاً لوجه، فإن على الأطباء الإكلينيكيين أن يكونوا حذرين بشكل خاص من حيث أن تكون كتابتهم فصيحة وواضحة (لا يشوبها الغموض).

تتضمن الكتابة الإكلينيكية النتائج والتوصيات؛ ومن ناحية أخرى، سيرغب العديد من القراء بمعرفة الأساس لتلك النتائج والتوصيات حتى يتمكنوا من تقدير صحتها من أجل أنفسهم. ونتيجة لذلك، تبدأ أكثر الكتابة الإكلينيكية بتقديم الملاحظات والاستدلالات التي اكتسبت رداً على سؤال مرجعي معيّن، ثم يستخلصون التقييم الإكلينيكي للمشكلة، الذي يُتبع بتوصيات المعالجة. وهذا

التنظيم المنطقي يزيد فاعلية التقرير وفائدته. وكما سنناقش أكثر في الفصل الثامن، فإن الأسئلة المرجعية (أسئلة الإحالة) تعتمد على اهتمامات (مخاوف) مصدر الإحالة. فعلى سبيل المثال، قد يكون لكل من والديّ كلير والمدرسة وطبيبها أسئلة مختلفة تكمن وراء إحالتهم لكلير. لذا يجب على الطبيب الإكلينيكي أن يتوجه بشكل محدد إلى الأسئلة التي برزت عن طريق مصدر الإحالة.

قد تخبر كلير الآخرين ما تفكر به عن مرشدها، لكن لا أحد سواهما سيرى بشكل مباشر عمله (مرشدها) الإكلينيكي. وبدلاً من ذلك، فإن تقييمات الأجزاء الأخرى من عمله مستندة على كتابته الإكلينيكية وقدرته على التحدث بشكل واضح وبحسن الاطلاع (بمعرفة) وبتعاطف حول عمله. عندما تكون التقارير مكتوبة بشكل جيد، ومنظمة بشكل جيد، ومنطقية وكاملة؛ وعندما يكون التقييم الإكلينيكي مؤطراً (ضمن السياق)، ومتسماً بالاحترام، وتعاطفياً؛ وعندما تتبعُ النتائجُ الملاحظات وتكون متسقة مع النظرية والبحث الحالي –فإن القارئ سيستنتج بأن الطبيب الإكلينيكي يمتلك مهارات إكلينيكية قوية. إن سمعة وشهرة الشخص المهنية ثمينة ويجب أن تُصان وتُعزز.

إن الاحتفاظ بالسجلات هو غالباً أحد أقل المظاهر والسمات المفضلة في المعالجة بالنسبة للعديد من الأطباء الإكلينيكيين؛ إذ يختار بعضهم عدم الاحتفاظ بالسجلات نتيجة لذلك. ويُعَلّل مولن ووليامز وأوستن (Moline, Williams ,& Austin, 1998) قرارات الأطباء الإكلينيكيين بعدم الاحتفاظ بالسجلات بطرق متنوعة. إذ يعتقد بعض الأطباء الإكلينيكيين أنهم يستطيعون المحافظة على السرية بشكل أفضل دون استخدام السجلات؛ بعض المرضى يطلبون من الأطباء الإكلينيكيين عدم الاحتفاظ بها. وبعض الأطباء الإكلينيكيين يخافون من أن المرضى أو المحامين أو شركات التأمين سيعارضون ملاحظاتهم وتقييماتهم. أما البعض الآخر فمشوشون بشأن ما يوثقون وما لا يوثقون أو أنهم مرتبكون بالوقت المطلوب لإجراء توثيق دقيق. وآخرون، على وعي بأن السجلات العلاجية يمكن أن تحميهم في المحكمة، وهم مقتنعون أنهم لن يذهبوا إلى المحكمة، لذ يُعتقد أنهم ليسوا بحاجة إلى السجلات.

يميل مولين وزملاؤه (1998) بقوة إلى جانب حفظ سجلات مدروسة ودقيقة. ويشيرون إلى أن حفظ السجلات هو المعيار الذي حددته معظم المنظمات التخصصية (المهنية) بما فيها الجمعية الأمريكية للعلاج الزواجي والأسري (AAMFT)، وجمعية الإرشاد الأمريكية (ACA)، والجمعية النفسية الأمريكية (APA)، والجمعية الوطنية للباحثين الاجتماعين (NASW)، وكذلك بحسب القوانين الرسمية والاتحادية (الفيدرالية). توثق السجلات أن المعالجة حدثت وأنجزت بالقرار (الحكم) الجيد، محققة المعايير التي تقدمها المهنة للرعاية. ثم إن التوثيق الدقيق والمدروس

يمكن أن يحمي الأطباء الإكلينيكيين من ادعاءات سوء التصرف (مطالبات التعويض) والانتهاكات الأخلاقية ومراجعات الترخيص (الإجازة). ويمكن أن تساعد السجلات أيضاً الأطباء الإكلينيكيين على تمييز التقدم، وتذكر وتعقب الأعراض والقضايا، وتطوير التقييمات.

خلاصة القول، تساعد الكتابة الإكلينيكية الطبيب الإكلينيكي على بناء فهم تعاطفي قوي للمريض لتوجيه وقيادة معالجة فعّالة، ويشارك الطبيب الإكلينيكي هذا التقييم الإكلينيكي مع القرّاء حتى يستطيعوا تقدير وتقييم النتائج والتوصيات. وكناتج عرضي، تمنح الكتابة الإكلينيكية القرّاء لمحة إلى نوعية (جودة) عمل الطبيب الإكلينيكي. وأخيراً، يُمكن أن تحمي الكتابة الإكلينيكية الأطباء الإكلينيكيين إذا ما واجهوا اتهامات قانونية أو أخلاقية.

تأخذ الكتابة الإكلينيكية الفاعلة أشكالاً مختلفة؛ وكل شكل مرتبط بوظيفته (غرضه) الخاصة في العمل الإكلينيكي. البعض من هذه الأشكال مُناقش في الصفحة التالية (أي: التقرير الموجز ومذكرة (SOAP))، بينما ستناقش الأشكال الأخرى في الفصول اللاحقة. إن كلاً من شكل ومحتوى الكتابة ينصب على الغرض المحدد لنتاج الكتابة ويرد (يستجيب) على السؤال

التقارير الموجزة Breif Report

> **هو لا يرافق. هو يلاحظ**
> **Thomas D'Evelyn**

رغم أن تقريرك "الموجز" عن كلير قد يكون جيداً، إلا أن من المحتمل أنه كان أقل تطوراً بشكل جيد من التقارير المكتوبة بواسطة أكثر المرشدين والمعالجين والباحثين الاجتماعيين والعاملين مع الحالة. تتراوح معظم التقارير في طولها بين ثلاث وسبع صفحات أُحادية متباعدة على افتراض قدر من التفصيل الذي يبدو وبشكل أولي مستحيلاً بالنسبة للأطباء الإكلينيكيين الجدد. وكما وُصِفَ في جدول (7.1). تتضمن التقارير المختصرة غالباً السلوك غير العادي أثناء الجلسة والعمليات المعرفية، والمزاج والشعور، والاتساق بين السلوكات اللفظية وغير اللفظية عبر الوقت، ونمط العلاقات والتعلق، وأهداف المريض، والرغبة بالتغيير، وغير ذلك كثير. ويسهم كل مظهر من هذه المظاهر في صورة ثلاثية الأبعاد للشخص، ويؤثر على فهم الطبيب الإكلينيكي للمريض ولعرض (تقديم) المشكلة وللموارد أو حواجز ومعيقات المعالجة. إن التقرير المختصر المستند على مقابلة كلير مع مرشدها يُمكن أن يوجد في الجدول (7.2). لاحظ وصف الوضع العقلي في هذا التقرير وقارن هذه الأوصاف مع تلك المتعلقة بمالكولم إكس في جدول (6.5).

جدول (7.1):

أسئلة للأخذ بعين الاعتبار في التقرير.

السؤال المرجعي:

لماذا أحيل هذا الشخص لأخذ موعد؟

يجب أن تنصب الفقرات الختامية على هذا السؤال ويجب أن تُدعَم التوصيات بالملاحظات طوال التقرير.

الخلفية (البيئة والماضي) والخصائص السكانية:

صِف هذا الشخص في ضوء كل المعلومات التي قد تؤثر على السؤال المرجعي أو المعالجة: العمر، ونوع الجنس، والعرق، واللغة المنطوقة (إذا لم تكن اللغة الأصلية للمجتمع)، ووضع المُهاجِر المُقيم، ووضع الرعاية (بالنسبة لأطفال الوالدين المطلقين أو المنفصلين).

ما هي ظروف الخلفية (البيئة والماضي) التي قد تكون ذات علاقة بالإحالة؟ وتتضمن هذه الظروف تاريخ العنف، والتاريخ العائلي لإدمان الكحول، وتاريخ المعالجات السابقة.

المظهر الجسدي:

هل يبدو الشخص بصحة جيدة؟ هل هناك علامات للمرض الجسدي أو للقصور (العجز) الجسدي؟

هل تغذيته جيدة، أم أنه سيء التغذية، أم بدين؟ طويل، قصير، ضمن معدل عمره؟

هل الشخص مهندم (أنيق)؟ أم في حالة طفل أو بالغ تابع (معتمد على غيره)، أم مُعتنى به بشكل جيد؟

ما هو أسلوب الشخص العام في اللباس؟ عادي (غير رسمي)؟ رسمي؟ هل هو مناسب للمكان، أم غير متقن (مهمل)، أم غير مناسب؟

ماذا تماثل مشية الشخص ووضعيته (حالته)؟ عادية؟ متوترة؟ صارمة؟ منحنية؟ مترهلة ومسترخية؟

الأعراض

ما هي الأعراض التي تُذكر (مثل: القلق، الاكتئاب، السهو (قلة الانتباه)، الغضب، الاستحواذ والإلزام، الهلوسات أو الأوهام؟ ما مدى تكرارها وشدتها؟

ما طول المدة التي ظهرت فيها الأعراض على الشخص؟ هل (أُرجعت) الأعراض حوّلت من الماضي؟ إلامَ ينسب هذا الشخص هذه التغييرات؟

ما هي المعالجات التي استخدمت في الماضي (رسمية أم غير رسمية)؟ أيها كانت فاعلة أو غير فاعلة؟

متى لا يُعاني الشخص من مشكلات؟ في أي وقت من اليوم؟ بأي المواقف؟ مع أي الأشخاص؟ ما هي أنواع الضغوطات التي أبلغ عنها؟ ما مدى شدتها؟

ماذا تماثل الاستراتيجيات العادية ومستوى تحمل (التغلب على المشكلات) الشخص؟ طبيعية؟ مرنة؟ مُنهِكَة؟ مُربِكة؟ مهارات ناقصة؟ مُساندة ناقصة؟ متزايدة (نامية)؟

ما هي المساندة الموجودة؟ من العائلة؟ الأصدقاء؟ دور العبادة؟ زملاء العمل؟ الخدمات الاجتماعية؟ هل المساندة كافية أم غير كافية واسعة وحسنة التطور؟

الإدراك

هل الشخص واعٍ؟ أم موجّه بأربعة أشياء (شخص ما، المكان، الوقت، غرض اللقاء)؟

هل الشخص علىً استعداد للحضور؟ أم أنه متحيّر؟

هل الشخص قادر على التركيز والاستمرار في المهام؟

هل لوحِظَت المشكلات /مواطن القوة في الذاكرة قصيرة الأمد أم طويلة الأمد؟ كيف؟ هل فُقدت المعلومات، أو حُرَذفت أم أنها غير مشفرّة (غير مرمزة)؟ هل من المحتمل أن يكون الخلل نتيجة للخرف، أم لآلية الدفاع (الحماية)، أم لمشكلات في التشفير أو الاسترجاع، أم لمستوى الأداء الفكري؟

ماذا تُماثل ذخيرة الشخص من المعلومات؟ هل هي متسقة مع مستوى تعليم الشخص؟ هل تبدّل هذا في الماضي (سواءً عن طريق التقرير الذاتي أو عن طريق التاريخ)؟

هل الحقيقة مُدركة بطريقة نموذجية، ومتسقة مع معظم التصورات الأخرى؟ إذا كان لا، فهل هذا إيجابي وملائم أم ما عدا ذلك؟ هل هذا نتيجة التشوهات الدفاعية أو الذهان؟

الكلام

ماذا يماثل تدفق الكلام؟ عادي؟ عالي؟ هادىء؟ صامت؟ منغلق؟ مضغوط؟ نادر الأفكار والمحتوى؟ هروب للأفكار؟ عرضي؟

هل لغة الجلسة هي لغة المريض الأولى أم اللغة الأساسية؟

كيف يتم اختيار القواعد اللغوية والكلمات؟ عادي؟ شيء آخر غير اللغة الإنجليزية القياسية؟ هل استخدمت الكلمات أو نُطقت على نحو غير ملائم؟ بفصاحة بدراية، مع مفردات متطورة بشكل جيد؟

إلى أي مدى كان تواصل الشخص متماسكاً؟ هل هنالك تتابع؟ هل عدم التتابع دليل على الإبداع والحماسة أم هو دليل على اضطراب ذهاني؟ كيف تعرف؟

ما أنواع الانشغالات (الهموم) (إذا وجدت) التي تميّز عمليات تفكير الشخص؟ الاحتضار والموت؟

الضغوطات الحالية؟ الصحة العقلية؟ الدين؟ العلاقات؟ الهروب من (تجنب) الموقف؟ الجنس؟ المخدرات؟ المرض الجسدي؟

هل الشخص واقعي (مادي) نسبياً أم مُفَكِر مُجرّد؟ هل يستخدم الاستعارة؟ يفهم الأفكار الجديدة؟ يتبع نتائج الأفكار؟

السلوك والحضور بين الأفراد

ما نوع الوئام المُرسخ؟ هل يتغير خلال الجلسة؟ بأي طريقة؟

هل هذا الشخص منفتح وصادق؟ إذا لم يكن هذا متوافقاً طوال الجلسة، فمتى تُبدّل؟

ماذا يماثل التواصل البصري؟ عادي؟ عابر؟ تجنبي؟ مفقود؟ تحديق؟

كيف حَضر الشخص؟ مهدداً؟ ضعيفاً؟ مرتبكاً؟ خجلاً؟ وديّاً؟ عنيداً؟ كفؤاً؟ جيداً؟

ماذا يُماثل احترام الشخص لنفسه؟ هل نقاط القوة مُدركة ومقدرة؟ نادراً ما يكون احترام الذات جيداً بالكامل أو سيئاً بالكامل. أين هو (احترام الذات) أقوى؟ أضعف؟ جسدياً؟ علائقياً؟ اجتماعياً؟ مهنياً؟

كيف يرتبط هذا الشخص بالآخرين؟ بأسلوب واثق دافئ؟ عدواني؟ مثير؟ ملتمس للمساعدة؟ تابع لغيره (غير مستقل)؟ بتحفظ (بمعزل)؟ بأسلوب وقائي ذات (الحماية الذاتية)؟

هل الشخص ناضج اجتماعياً؟ هل يعرف ويتبع المعايير الاجتماعية؟

هل لدى الشخص حسّ عام جيد؟ هل يتخذ قرارات جيدة؟ هل يشترك في سلوكات لا يقدر فيها على التأقلم ومدمرة ذاتياً؟

ماذا تماثل الحدود البينشخصية؟ هل هذا الشخص متحفظ بحيث لا يشارك إلا بمعلومات قليلة أم هل هناك توقع بأنه يمكن أن يسأل عن كل شيء أو يمسه؟

المزاج

هل العواطف حساسة للمثيرات الخارجية؟ هل يتناسب المزاج مع الموقف أو الموضوع الذي يناقش من حيث الشكل والتركيز؟ كيف يتقلب المزاج؟ سطحياً وغير متجاوب؟ مقيد؟ عادي ومتجاوب؟ غير مستقر ولا يمكن التنبؤ به؟

ما هو المزاج المهيمن على الشخص والأقل هيمنة؟ اكتئاب؟ قلق؟ خوف؟ غضب؟ سعادة؟ هدوء؟ اندهاش؟ فخر؟ ذنب؟ حياء؟ استرخاء؟

متى تظهر هذه الأمزجة؟ كل الوقت؟ عندما تناقش مواضيع معينة؟ استجابة لمنبهات معينة؟ هل تبدو حالات المزاج هذه (عن طريق التقرير الذاتي أو تقارير من الآخرين) مستمرة في مواقف أخرى؟

كيف يتم التعبير عن حالات المزاج ؟ بذرع المكان جيئة وذهاباً؟ بالتململ؟ بتوتر الجسد؟ بالانفجار

اللفظي؟ بتغيير لموضوع؟

هل الغضب والعدوان موجهان للداخل أم للخارج؟ وما هي النتائج؟

هل المزاج المُعرّف بالذات (مثل "أنا حزين") متوافق مع التقديم البينشخصي (التقديم بين الأشخاص في العلاقات)؟

السلوك

هل يأتي على الموعد، أم مبكراً، أم متأخراً؟

هل يعمل هذا الشخص أي شيء غير عادي خلال مسار الجلسة (أم أنه لا يعمل شيئاً عادياً)؟ متى؟ كيف؟ كيف يرتبط هذا مع سؤالك المرجعي؟

ماذا يُماثل مستوى نشاط هذا الشخص؟ عادي؟ بطيء؟ تكراري؟ قلق؟ مثير (مهيّج)؟ مهزوز؟

عملية التغيير

ما مدى دافعية الشخص نحو التغيير؟ هل يدرك الشخص أن التحسن ممكن؟

هل يدرك المريض فوائد للتغيير؟ ما هي معيقات التغيير في الوقت الحالي؟ هل يدرك المريض هذه المعيقات بواقعية؟

ماذا تماثل أهداف الشخص؟ هل هي واضحة واقعية؟ هل تهدف بأن يشعر الشخص بأنه قادر على الإنجاز؟

هل يمتلك الشخص بصيرة نحو سلوكه والمشكلات التي يواجهها؟

هل تُدرك المشاكل على أنها ذات أسباب داخلية أم خارجية؟ هل يلاحظ الشخص أي قدرة لضبط طبيعة هذه المشكلات؟

ما هو مستوى الكفاءة الذاتية للشخص فيما يتعلق بالمشكلات الخاصة أو العامة؟ متى تغير هذا الشخص بشكل ناجح في الماضي بالنسبة لكل من هذه المشكلة / القضية أو غيرها؟

ملاحظة: هذه الأسئلة لا تكون دائماً ذات علاقة بسؤالك المرجعي، ربما تكون أمور تستحق التفكير بشأنها. بالتأكيد، إذا عالجت كل سؤال فيها، فإن تقريرك سيكون طويلاً إلى حد بعيد. اعتمدت جزئياً على زوكيرمان (Zuckerman, 2000).

جدول (7.2):

تقرير عن الجلسة بين كلير ومرشدها

غازي ديتمان، ماجستير في التربية

مرشد مدرسي

مدرسة باسادينو العليا

77242 شارع وود

باسادينو، أمريكا الوسطى 92401

تقرير مؤقت

كلير فيشر (تاريخ الميلاد: 7/3/1985) طالبة أمريكية أوروبية جذابة تبلغ من العمر سبعة عشر عاماً في الصف قبل الأخير في المدرسة الثانوية، أحيلت للإرشاد من قبل المدرسة بعد أن وضعت قدماً بشرية في خزانة زميلها السابق. قبل هذه الحادثة، كانت تتعرض للمضايقة في المدرسة بعد أن أفصح زميلها أنها كانت معجبة به ولمست قدمه. أحيلت إلى الإرشاد بسبب غرابة الحادثة الحالية والشك بأنها قد تعكس اكتئاباً ضمنياً أو حالة مرضية أكثر خطورة.

كلير ذات بصيرة، وتعتقد أنها أعلى بكثير مستوى من الذكاء المتوسط، رغم الدرجات المتفاوتة. تمتلك ذخيرة واسعة من المعرفة وتراقب (تلاحظ) الآخرين بشكل جيد. تُفكر بتجرد، بينما توازن أيضاً استنتاجاتها مع البيانات المناسبة. وقد منحتها هذه السمات نضوجاً مبكراً ربما تداخل مع قدرتها على الارتباط بآخرين من عمرها، إضافةً لذلك، تدير عائلتها بيتاً للدفن، لذا فالموت هو جزء بارز وطبيعي من حياتها. وربما هذا ما يميزها أكثر عن الآخرين من عمرها.

تمتلك كلير مهارات استماع غير لفظية قوية. فهي تجري اتصالاً بصرياً جيداً وسلوكها غير اللفظي عفوي وغير مقيد. عاطفتها متحررة ومتجاوبة مع الموقف. مشاعرها واضحة على وجهها ومؤكدة بإشارات اليد الواسعة. على أية حال، تعترف كلير بشكل صريح بأن انفتاحها الظاهر يُمكن أن يكون دفاعاً ضد الارتباط الهادف مع الآخرين، رابطة بين هذا والمطالب المفروضة من قِبل العمل العائلي. ففي بيت الدفن، يجب أن تكون عائلتها "حذرة جداً: من مشاعر الآخرين التي هي مختفية تقريباً". نحن نملك علاقة علاجية جيدة، على أية حال، وهي على نحو متزايد قادرة على أن تصف مشاعرها وأن تكون ذات بصيرة بموانع التعبير عنها على حد سواء.

وبالرغم من أن كلير معبرة عاطفياً، إلا إنها ما زالت تكافح من أجل وضع حدود معقولة لنفسها لتلبية احتياجاتها الخاصة في العلاقات. بدلاً من أن تكون موجهة مبدئياً نحو الآخرين. وتكافح بشكل خاص للتعرف على كيفية عمل هذا مع شخص يحاول الانتحار حالياً. ومرة أخرى، يبدو عدم القدرة هذا على وضع حدود فعالة مرتبطاً بالتوقعات المنبثقة عن العمل العائلي، حيث زبائنهم موجودين في مثل هذا "الوقت الحساس" الذي يجب أن تضع عائلتها كل اهتماماتها وحاجاتها

الخاصة جانباً لتهتم بعائلة الشخص الميت. ومع ذلك، كلير فنانة وَاعدة، واتخذت منهجية خصوصية للحياة. تتعارض التوقعات المرتبطة بالعمل والعائلة مع أسلوب وحاجات كلير الخاصة وهي تكافح من أجل إيجاد طرق لجعلها أكثر توافقاً مع بعضها البعض.

كفاح كلير لتكون واقعية بدلاً من تقليدية، بالتمازج مع الضغط والإجهاد لوجود مُضايقة من قِبل أقرانها، ربما قادها لوضع القدم في خزانة زميلها السابق. وبما أنه لم تكن هناك مشكلات أخرى، والذي في بادئ الأمر بدأ تصرفاً غريباً، ربما كنتيجة لبعض المشكلات النفسية الخطيرة، فهو يظهر الآن لكي يكون طريقاً للعودة إلى أقرانها بهدف قريب.

بالملخص، عندما دخلت كلير العلاج في البداية ذكرت أنها تكون مكتئبة وقلقة في مواقف متنوعة. وفي أغلب الأحيان كانت علاقاتها العائلية رسمية وسطحية. وبينما تواصل مواجهة قلق مراهق مشوب بالذنب كبير، إلا أن علاقاتها مع الأصدقاء والعائلة تصبح الآن ذات معنى أكثر. ومع أن كلير نفسها هي التي قوبِلَت في المعالجة، إلا أن كل أفراد العائلة يتحملون المخاطر ليكونوا أكثر "واقعية" -مع أنفسهم ومع الآخرين على حد سواء. هذا ويتواصل ليكون كفاحاً متقدماً باستمرار، على أية حال، والذي تتعامل معه كلير الآن بنجاح في الإرشاد.

مقدم مع الاحترام

غازي ديتمان، ماجستير في التربية

مرشد مدرسة

ملاحظة: هذا التقرير مستند بشكل غير دقيق على مشهد من الفصل الأول من مسلسل ستة أقدام إلى الأسفل (Six Feet Under).

تقدم المادة في الفصول العديدة الأخيرة الأساس للتقارير الجيدة. إن ملاحظات الطبيب الإكلينيكي يجب أن تكون دقيقة، ومؤطرة (ضمن السياق)، مجموعة من تنوع واسع من المصادر والأماكن. ويجب أن تكون الاستدلالات مستندة على الملاحظات العديدة، ومقيمة بالنسبة إلى الفرضيات المتعددة، ومستخلصة فقط بعد أن تمت مراعاة وتحدي العوامل التي يمكن أن تنحاز (تؤثر في) للاستنتاجات. ويجب على الأطباء الإكلينيكيين أن يفكروا بالدليل الداعم والمتحدي لفرضياتهم.

ماذا يجب أن يتضمن التقرير؟ What Should Be in a Report ?

بشكل عام، يناضل الأطباء لتقديم صورة موجزة للمريض لكنها معقولة ومعقدة. وتمنح هذه الصورة المعلومات التي لها علاقة بالسؤال المرجعي، لكن بدلاً من سبر جانب واحد فقط، فإن جميع الفرضيات التي لها علاقة بالطلب (السؤال) يجب أن تُختبر وتفحص. فعلى سبيل المثال، هل كلير مكتئبة أم مصابة بالذهان؟ هل سلوكها طبيعي التطور أم جزء من مجموعة واسعة من المشكلات؟ إذا كانت كلير مكتئبة، فإننا نتوقع بأن تكون هناك أعراضاً إضافية وبأن يكون سلوكها مرتبطاً بالضغوط

التطورية أو البيئية. وإذا كانت مصابة بالذهان"، فسيكون هنالك علامات أخرى من اضطراب التفكير، بما في ذلك الانحدار في الأداء الوظيفي، والأوهام، والهلوسات السمعية.

إن التقرير القوي نافعٌ ومتبصرٌ. يدخل الأشخاص المعالجة أو يُرسَلون للتقييم بسبب بعض الارتباك والتشويش حول ما يحدث. إنَّ وَضعَ كلير للقدم البشرية في خزانة زميلها كان غريباً. وقد احتاج مديرها لمعرفة ما إذا كانت كلير خطرة وذلك من أجل التأكد من أنها قد تلقت المعالجة المناسبة لحماية نفسها وزملائها الطلبة. لقد استخلص التقرير عن كلير نتائج واضحة ومتسمة بالاحترام:

نضال كلير لتكون واقعية بدلاً من تقليدية، بالتمازج مع الضغط والإجهاد لوجود مُضايقة من قبل أقرانها، ربما قادها لوضع القدم في خزانة زميلها السابق. وبما أنه لم تكن هنالك مشكلات أخرى، الذي في بادئ الأمر بدا تصرفاً غريباً، ربما كنتيجة لبعض المشكلات النفسية الخطيرة، فهو يظهر الآن لكي يكون طريقاً للعودة إلى أقرانها بهدف قريب.

التقرير القوي واضح وخاص، ويتجنب عبارات بارنوم **(Barnum Statements)**. لاحظ كيف تبدو العبارة التالية مخصصة، لكنها في الحقيقة عامة جداً بحيث أن معظم الناس يقبلون أن تصفهم بذلك.

رغم أنك تحتاج الآخرين ليحبوك ويحترموك، إلا أنك تميل لأن تكون ناقداً لنفسك، وتخاف غالباً من أن تخفق في تلبية أهدافك. ورغم أنك تملك بعض نقاط الضعف، إلا أنك قادر بشكل عام على التعويض عنها. أنت تملك إمكانية كبيرة غير مستغلة لم تُحقق مصالحك لغاية الآن. لم تستفد منها بعد. في بعض الأوقات تنتابك شكوك خطيرة فيما إذا كنت قد اتخذت القرارات الصحيحة أو عملت الشيء الصحيح.

غالباً ما تكون عبارات بارنوم مُناسبة (مشجعة) ("إمكانية كبيرة، غير مستغلة")، وغامضة ("بعض نقاط الضعف")، وباتجاهين، حيث تتضمن كلاً من المعلومات المناسبة وغير المناسبة ("أنت تحتاج الآخرين كي يحبوك ويحترموك، أنت تميل لأن تكون ناقداً لنفسك").

تتسم التقارير القوية بالاحترام، وهي ذات أساس قوي. وإضافةً إلى إدراك المشكلات والاهتمامات فإنها تُوثق بشكل خاص نقاط قوة المرضى ونجاحاتهم. إنها تعترف بالنوايا الإيجابية التي تكمن وراء أفعال الشخص (مثل: يُخبر توماس عن الصراخ في زوجته وأطفاله كثيراً. تبدو أفعاله، التي تأتي بنتائج عكسية، لتكون طريقته في رعايتهم وتعهدهم، ومن ذلك يبدو منعزلاً في أغلب الأحيان"). لا أحد يقوم بعمل أخطاء طوال الوقت، لذا فالتقرير القوي يشير إلى هذه الاستثناءات

(مثل: "ومع أن توماس يتجادل كثيراً مع زوجته، إلا أن المجادلات تكون أسوأ عندما يكون أحدهم متعباً أو مُتوتراً. علاوةً على ذلك، تحدث أكثر الشجارات عندما يشعر أحد أفراد العائلة بأن مشاعره يجري رفضها.").

بالرغم من أن هذه العبارات تبدو للوهلة الأولى مثل عبارات بارنوم، إلا أن وصف سلوك توماس هو أكثر تفصيلاً ويأخذ موقفاً واضحاً بشأن سلوكه وسبب مشكلاته. التقرير القوي هو أيضاً مختلف في كونه متسماً بالاحترام حتى في حين تمييزه للسلوك المُشكل (الصعب). إن العبارات المناسبة والمتسمة بالاحترام لا تكون بلا مبرر أو غير ضرورية، بل إنها مفيدة في بناء التحالف العلاجي وفي تمييز استراتيجيات المعالجة التي تُبنى على نقاط القوة هذه (أي، تلك التي يجب أن تجد طرقاً أكثر إيجابية للتعهد والاهتمام، وتُعزَز وتبنى في فترات الاستراحة عندما يكون أحدهما متعباً أو متوتراً، وتقوي مهارات التعامل، وتحسن مهارات الاستماع).

Food for Thoughtغذاء للفكر

- باستخدام الأفكار الواردة في هذا الجزء، اكتب تقريراً مستنداً على مادة الحالة المُقدمة عن أندريا بيتسْ (الفصل الأول والثاني).
- كيف كان هذا التقرير مختلفاً عن التقارير السابقة؟ ما الذي قُمت به بشكل أفضل؟ ماذا يمكنك أن تعمل حتى تكون العملية أسهل في المرة القادمة ؟

مذكرات خطة التقييم الموضوعية الشخصية Soap Notes

> عندما ترغب بإعطاء تعليمات، كُن موجزاً، لأن العقول تأخذ بسرعة ما تقوله، وتتعلم درسها، وتحتفظ به بأمانة. كل كلمة غير ضرورية تتدفق فقط على ناحية امتلاء العقل.
> Cicero

يكتب الأطباء الإكلينيكيون أنواعاً عديدة مختلفة من التقارير، بالاعتماد على المكان والغرض من كتابتك. وكما هو موصوف أكثر في جدول (7.3)، فإن تقرير الكمية، أو خطة المعالجة، أو التقرير المقدم للمحكمة، أو ملخص الأداء يأخذ كل منها شكلاً مختلفاً جداً للانسجام مع غرضها المتخصص. ربما يكون التقرير في جدول (7.2)، على سبيل المثال، رسالةً إلى اللجنة التأديبية لمدرسة كلير أو إلى الموظف المسؤول عن مراقبة سلوكها.

يحتفظ معظم الأطباء أيضاً، في سياق عملهم، ببعض أنواع من الملاحظات (مذكرات التقدم، مذكرات (SOAP) ، مذكرات (DAP). وستركز المناقشة الآتية على مذكرات (SOAP) ، مع أن العديد من هذه الأفكار تطبق أيضاً على الأنواع الأخرى من الملاحظات. تعد

مذكرات (SOAP) مذكرات موجزة توثق محتوى جلسة واحدة بصيغة منظمة جداً. بينما ستنظم مواقع العمل المختلفة هذه المذكرات بشكل مختلف بعض الشيء، إلا أنها تنظمها غالباً بالأسلوب التالي:

هدف الجلسة: بالرغم من أن كل المؤسسات لا تتضمن هذا الجزء، إلا أنه من المفيد تضمين الهدف الأساسي للجلسة، وذلك لمساعدة القرّاء الآخرين على تتبع مسار العلاج ولإبقاء الطبيب الإكلينيكي على الطريق الصحيح بخطة المعالجة.

جدول (7.3):

الأنواع الشائعة للكتابة الإكلينيكية

التاريخ الاجتماعي النفسي: خلاصة وضع المريض (المسترشد) وأدائه في عدد من المجالات.

تقرير الكمية: تقرير عن وضع المريض وأدائه في عدد من المجالات، والذي غالباً ما يأخذ شكل التاريخ الاجتماعي النفسي، ولكنه يتضمن أيضاً بيانات أخرى (مثل: الخرائط الجينية وخطوط الزمن)، ويقدم توصيات واضحة عن التشخيص، والتنبؤ بالتطورات المحتملة للمرض، ونوع المعالجة التي تُقَدَم (مثل: العلاج الخارجي للمريض، العلاج الجزئي بالمستشفى، مركز معالجة داخلية).

التقدير (التقييم): الإدارة الرسمية لعدد من أدوات التقييم (مثل: المقابلة، اختبارات الشخصية الموضوعية والإسقاطية، اختبارات التحصيل والذكاء) للرد على سؤال الإحالة (المرجعي) بشكل واضح.

مذكرة SOAP: سجل موجز (قصير) للجلسة كُتِبَ بشكل قياسي، مركزاً على الخبرة الذاتية (الشخصية) للمريض، وعلى الملاحظات الموضوعية التي تحصل في الجلسة، وعلى تقييم إكلينيكي موجز لوضع المريض والعوامل المساهمة بذلك، وعلى خطة الجلسة / الجلسات القادمة.

مذكرة التقدم: سجل موجز للجلسة، وغالباً ما تكون هذه المذكرة أكثر شكليةً من مذكرة SOAP، وتركز على وضع ومعالجة المريض المُداران خلال الجلسة.

خطة العلاج: خطة مُفصلة للمعالجة تعالج أهداف المعالجة طويلة وقصيرة الأمد لكل من الطبيب الإكلينيكي والمريض، وكذلك التدخلات المخططة، والمدة التي تحتاجها الأهداف لتتحقق.

ملخص الأداء (الإخراج من المعالجة): تقرير موجز يلخص تشخيصات المريض، ومسار المعالجة (مثل: عدد الجلسات، والإلغاءات، والتدخلات المستخدمة)، والعوامل التي تسهم في نجاح أو فشل المعالجة.

S: **(ذاتي أو شخصي - Subjective)**: في هذا الجزء تُسجل السمات والمظاهر الأكثر تمييزاً وبروزاً والمتعلقة بتجربة المريض الشخصية (الذاتية). إن استخدام كلمات المريض الخاصة أمرٌ مرغوب في أغلب الأحيان، وعندما تستخدم، يجب أن تكون مقتبسة.

O: **(موضوعي - objective)** تكون الملاحظات الموضوعية بدلاً من الاستدلالات مُتضمنة هنا. وهذه يُمكن أن تتضمن السلوك غير اللفظي، أو التغيرات في الطريقة، أو الإصابات الأخيرة أو التغيرات في الأعراض، أو ملخصات لأدوات التقييم المبسطة المُدارة في الجلسة.

A: **(التقييم - Assessment)** هذه هي النقطة التي يكون عندها قد أُبلغ عن التقييم الإكلينيكي المتعلق بإجراء المريض. ما الذي يُمكن أن يُستنتج من الملاحظات المباشرة، ماذا قد يعني هذا؟ يجب أن يُدعَم ويُساند التقييم الإكلينيكي ويجب أن يتم بعد الإجراء S وO. عندما تُقدم قضايا عن الانتحار والقتل والانتهاك بشكل خاص فإن قرارات وأفعال الطبيب الإكلينيكي يجب أن تكون موثقة بشكل جيد.

P: (مذكرة - Plan) تُلخص هنا خطة الجلسة القادمة. ما هي أهداف الجلسة التالية؟ ما هو الواجب البيتي -إن وجد- المُعطى؟ متى سيكون اللقاء القادم؟ وهذا يجب أن يُجاري ويُطابق هدف الجلسة مع الجلسة القادمة، ويجب أن ينتج من (يتبع) جزء التقييم لهذه الجلسة. وفي نهاية المذكرة، وقّع وأرّخها (ضع تاريخها)، متضمناً ذلك اللقب التخصصي (الاسم المهني).

يحتوي الجدول (7.4) مثالاً على مذكرة SOAP)) بالنسبة لمريض أراد الانتحار.

مذكرات (SOAP) هي سجلات موجزة لجلسة الطبيب الإكلينيكي والأشخاص الآخرين العاملين في تلك المؤسسة مع ذلك المريض. عندما تبدأ الكتابة عن الجلسات، خذ بعين الاعتبار القضايا الآتية:

- **كن مقتضباً (موجزاً)**. ضَمّن فقط السمات والمظاهر الأكثر أهمية بالنسبة للجلسة. وهذا يتضمن المواضيع الرئيسية للجلسات.
- **كن موضوعياً**. يجب أن يكون الأشخاص الآخرون الذين يراقبون الجلسة قادرين على الموافقة وقبول ما تم وصفه. ويجب ألا تكون الملاحظات والنتائج مشوّهة بتحيز الطبيب الإكلينيكي. ويجب أن تكون الاستدلالات مُدَعَمة وتعكس الوعي بالنتائج المتنافسة وترفضها.

جدول (7.4):

عينة على مذكرة SOAP

أهداف الجلسة: قَيّم محاولة الانتحار وحافظ على توازن المريضة.

S: "أشعر أن لا أحد يهتم بي ولا يفهمني حقاً". "ومع ذلك، أنا لا أريد الانتحار". "أنا لن أقتل نفسي؛ فأنا أعرف كيف يجرح ويؤلم ذلك الآخرين فقط".

O: أبقت المريضة على وضعية مُنغلقة (مُطبقة) طوال الجلسة، مع تجنب النظر. العاطفة المُظهرة علناً (Affect) كانت مقيدة ومحصورة؛ إذ تكلمت المريضة فقط للرد على العلامات المحددة حول العقد المتعلق بعدم الانتحار. مع هذا، قدَّمت أفكاراً للعقد بكلماتها الخاصة وصممت عقداً لصالح حالتها.

A: أصبحت مكتئبة جداً خلال أسابيع منذ انتحار والدتها. وعلى الرغم من أن لديها أيضاً عدداً من عوامل الخطر تقودها للانتحار، وبشكل محدد جداً انتحار والدتها الأخير، إلا أنها ترفض الفكر الانتحاري الجادّ أو التخطيط له. إضافةً لذلك، لم تحاول الانتحار منذ أن توقفت عن الشرب قبل أربع سنوات، مُدركةً أن انتحارها "يقتل" أفضل صديقاتها ولا يقتضي إيذاءَها، وهي لا تستعمل أية مادة، وليست متهورة، ووافقت على عقد عدم الانتحار (انظر المخطط). إن تحالفنا العلاجي القوي وعلاقتها المُسانِدة مع أفضل صديقاتها تعد عوامل وقائية (حماية) إضافية.

P: استمر بمراقبة الفكر الانتحاري والالتزام بالأدوية وبعقد عدم الانتحار. مَيِّز طرقاً إضافية لحفظ اتزانها واستقرارها. الواجب البيتي: راقب المزاج على مقياس من (1-10) طوال اليوم، رافعاً من مستوى الدعم والمساندة، واطلب المساعدة عندما تكون احتمالية محاولة الانتحار فوق (6). الجلسة القادمة: الثلاثاء 19/2 ، الساعة الثالثة مساءً. 26/2/2010

كارمن دي. غابريل – رودريجويز، دكتوراة، عالمة نفسانية مُرخصة.

كن قوي الأساس: يمتلك المرضى الحق بقراءة ما كتب عنهم؛ لذلك، يجب على الأطباء الإكلينيكيين كما يحبون أن يكتبَ الآخرون عنهم. إضافة إلى أن الكتابة بأسلوب ذي أساس قوي هي عادة حسنة لتعزيز ورفع قدرة الطبيب الإكلينيكي على أن يكون متفاعلاً أثناء العمل الإكلينيكي. وهذا لا يعني بأن الأطباء الإكلينيكيين يجب أن يكذبوا ويزيفوا، أو يفرطوا في التفاؤل، أو يكونوا غامضين، بل يجب عليهم بدلاً من ذلك أن يكونوا واضحين وصادقين ومتسمين بالاحترام.

CYA[1]. يجب أن يوثق الأطباء الإكلينيكيون محاولة انتحار المرضى، والقتل، وأي شيء يُعمل من أجل إبقاء المريض والآخرين المهمين بأمان. يمكن أن يخفض التوثيق الدقيق للقرارات وعملية اتخاذ القرار المخاطرة الإكلينيكية للشكوى الأخلاقية أو الدعاوى القانونية (Bennett et, al. ,2006; Youngren & Gottlieb, 2008). إن تدخلات الدكتورة غابريل – رودريجويز العقلانية والمؤهلة الموثقة في جدول (7.4) تحميها من الدعوى القضائية والشكوى الأخلاقية إذا نفذت تلك المريضة الانتحار بعد حضورها لموعد الجلسة مع الطبيبة الإكلينيكية.

CYCA[2]. ليس بالضرورة أن يكون كل جزء من المعلومات وارد في المذكرة. وهذا صحيح بشكل خاص بالنسبة للمعلومات التي ليس لها علاقة والتي قد تحرج المرضى إذا كانت نهايتها في المحكمة. وكما يراعي الأطباء الإكلينيكيون فيما إذا كانوا يُدرجون معلومات محرجة فعلاً، فإن عليهم التفكير أيضاً فيما إذا كانت تلك المعلومات ذات علاقة بعملهم مع المرضى.

Food for Thought غذاء للفكر

عُد إلى مقابلة إمنم (الفصل الخامس) أو نسخة جلسة علاج كلير. اكتب مذكرة (SOAP) لواحدة منها. كيف يختلف هذا الجزء من الكتابة الإكلينيكية عما قد كتبته لغرض آخر؟

اعتبارات أخرى Other Considerations

مارس ثم مارس ثم مارس الكتابة. الكتابة هي الحرفة التي تستلزم الموهبة والمهارات المكتسبة معاً. أنت تتعلم بالعمل، وبارتكاب الأخطاء وبعد ذلك ترى أين أخطأت.
Jeffrey A. Carver

يجب أن يتم أخذ الملاحظات وكتابة التقارير عن الآخرين بدقة؛ إذ غالباً ما يكون للملاحظات والنتائج المسجلة عواقب مهمة بالنسبة للمرضى. وهذه أمور يجب على الأطباء الإكلينيكيين أن يراعوها أثناء الكتابة عن المرضى والمقابلات الإكلينيكية.

كُن تجريبياً (مؤقتاً) بشأن تلك الأمور المجهولة: سيقول المرضى أشياء كثيرة، البعض منها هو الحقيقة، والبعض الآخر يعتقدون أنه حقيقية. وهم سيقولون الكذبات البيضاء والخدع التامة. وعندما يقولون شيئاً لم يؤكد في مكان آخر، خصوصاً إذا كان هذا يبدو مكاناً قد تُطرح فيه بعض الأسئلة حول ما يقولون، فيجب على الأطباء الإكلينيكيين أن يُعطوا تعبيرات تجريبية (مؤقتة) بشكل ملائم، مُستهلين تعبيراتهم بأفعال مثل "أخبَرَ/ذَكَرَ" أو" بدأ" أو "قالَ". وعلى سبيل المثال، ذكرت السيدة دوررانت أن زوجها أصبح

1 احم المتعلق بك***.
2 احم مريضك ***.

مُرتاباً وغامضاً جداً عندما أعَدَّت عشاءً فاخراً لكليهما. لا يعرف طبيبها الإكلينيكي فيما إذا أصبَحَ زوجها مُرتاباً (مُتشككاً) وغاضباً أو فيما إذا كانت السيدة دوردانت قد اعتقدت بأنه قام بذلك فقط.

إضافةً إلى تحريف (إساءة فهم) سلوكات الآخرين ونواياهم، فإن المرضى قد يفصحون بشكل غير دقيق، عن قصد أو بلا قصد، عن أفكارهم وانفعالاتهم وسلوكاتهم. وعلى ذلك، لو تقول السيدة دوررانت أنها ملتزمة تماماً بالمعالجة، ما لم يكن هنالك ملاحظات أخرى تدعم هذا الاستنتاج، فإن التعبير الأقوى الذي يُمكن أن يصوغه المرء هو: صَرّحت السيدة دوررانت أنها كانت ملتزمة تماماً بمعالجتها في الوقت الحاضر. وإذا اعتقد طبيبها الإكلينيكي أنها كانت ملتزمة تماماً، فيجب أن يعطي دليلاً على استنتاجه.

أظهرت السيدة دوررانت التزاماً واضحاً في المعالجة المتعلقة بتعاطيها للكحول في الوقت الحاضر. وتخبر عما يتوجب فعله "مهما كلَّف الأمر" لكي تبقى متحررة من الكحول، إذ حضرت كل جلسة محددة، وأكملت كل مهام الواجب البيتي. لقد كان زوجها وأطفالها داعمين لالتزامها دون إزعاجها أو إجراء تغييرات لها.

عندما لا تدعم هذه النتيجة ملاحظات إضافية بشكل مباشر، فإن الأطباء الإكلينكيين الأذكياء يتذكرون أن معظم الأشخاص المتواجدين في برامج معالجة تعاطي سوء استخدام المادة (كحول، مخدرات، عقاقير، ...) هم متناقضون بشأن التغيير.

تمتلك السيدة دوررانت العديد من الأسباب لتخدع نفسها وطبيبها.

تذكر أن هناك تفسيرات متعددة لأي ملاحظة مفردة. يتأكد الأطباء الإكلينيكيون الأذكياء من أنهم يضعون في اعتبارهم كل الفرضيات المعقولة للملاحظات وبأن هناك نتائج مُبررة. إنهم يراعون كلاً من الدليل الذي يدعم نتائجهم وذلك الذي يُواجهها (يحتج عليها ويقاومها)، ما دام مناسباً.

رغم أن السيدة دوررانت تُظهر التزاماً تاماً نحو التغيير وتعمل بجد في المعالجة، إلا أنها كانت في مكان مُسَاعد وداعم جداً ولم تتعرض لأيٍ من المثيرات التي عرضتها للخطر في الماضي. علاوةً على ذلك، فإن لديها العديد من الأسباب للمطالبة بأن تكون ملتزمة بالتغيير حتى لو لم تكن كذلك، فما كانت تخاف منه بشكل رئيسي هو أن زوجها سيتركها إذا اعتقد بأنها ستعود لمثل هذا الأمر مرة أخرى.

لا تكن خائفاً من التوصل إلى نتائج معقولة. على الرغم من التحذيرات الواردة في النقاط السابقة، إلا أن الأطباء الإكلينيكيين يتقاضون (أو سيتقاضون) أجرهم على استخلاص النتائج. ويجب عليهم استخلاص النتائج المدعومة والمعقولة التي تعتبر مستجيبة للسؤال المرجعي (سؤال الإحالة) والتي تعطي قراءَها الدليل على نتائجهم.

رغم أن السيدة دوررانت مستمرة بزلاّتها العرضية، إلا أنها عملت بجدّ في المعالجة، إذ حضرت الجلسات بانتظام ونجحت فيما بعد بمتطلبات مهام الواجب البيتي. ولأنها عملت بشكل جيد في المعالجة وليس لها تاريخ يشير إلى إهمال أطفالها، حتى وهي ثملة، فإن أطفالها يجب أن يعودوا لها بأسرع ما يمكن. من ناحية ثانية، بما أن لشربها للكحول الإمكانية للتأثير سلباً على أطفالها، فإنه يجب عليها الاستمرار بالمعالجة على أن يؤخذ التزامها بالمعالجة بعين الاعتبار في قرارات الرعاية (الوصاية) الأخرى.

كن مُتسماً بالاحترام. يعامل الأطباء الإكلينيكيين المتعاطفون المرضى باحترام، كأشخاص بدلاً من أشياء. وهذا لا يعني أن الأطباء الإكلينيكيين يُموّهون ما يقولون، ويجب عليهم ألا يشوهوا سمعة المرضى نظراً لمعاناتهم من الأعراض أو لارتكابهم الأخطاء. إنهم يدركون ويكتبون عن كل من نقاط قوة وضعف مرضاهم، مستخدمين نقاط القوة لتوجيه المعالجة. وهم يلاحظون الاستثناءات للمشكلات؛ بحيث أن الاستثناءات قد تمنح فرصاً للمعالجة. وهم يستخدمون لغة الشخص أولاً (Person First Language) في أوصافهم (انظر جدول 7.5).

في التسعين يوماً الأخيرة، تذكر، السيدة دوررانت قيامها "بالزلل –العودة للسلوك المُشكِل-" ثلاث مرات، إذ أنها قد شربت فيما بين الشراب الواحد وزجاجة الفودكا على كل مناسبة. ومع ذلك، دَعت كفيلها كل حين وزادت من حضورها للاجتماعات. لقد لاحظت المواقف التي تعرضها للخطر وكانت إما تتفاداها أو تغيّر من هذه المواقف لكي تكون أقل إشكالية. لقد ميّزت سلسلة من آليات الكفاح (التغلب على المشكلات) التي تستخدمها بثبات على نحو متزايد من أجل أن تمنع المعاودة (الرجوع للسلوك المُشكِل). وتذكر أيضاً إمساكها بزلاّتها في وقتٍ سابق في الدورة. لقد هاتفت المركز الأسبوع الماضي عندما فَكَرَت مليّاً في تناول الشراب المُسكِر ولكن قبل أن تتناول جرعة واحدة في الحقيقة.

تعامل مع الأسئلة المرجعية. يجب أن تجيب التقارير على السؤال المرجعي. وبجب ألا تكون المعلومات التي ليس لها علاقة مُتضمنة بالرغم من أنها قد تكون مثيرة للاهتمام. فعلى سبيل المثال: ربما يكون من المثير والجدير بالملاحظة أنه قد كان للسيدة دوررانت تاريخ من التعرض للإساءة الجنسية، لكن عند مناقشة قدرتها على العمل بشكل جيد ضمن برنامج الخطوة اثنا عشر (Twelve-Step Program) (Alcoholic Anonymous, 2009)، فإن أي شيء يكمن وراء الإشارة السريعة لتاريخها هو من المحتمل أمر لا مبرر له ويمكن أن يكون مدمراً، وذلك اعتماداً على الجمهور. وعندما يعتقد الأطباء الإكلينيكيون أن قدرتهم على العمل بفعالية في العلاج ستُساوم (ستتعرض للخطر) بواسطة ارتجاعات السيدة دوررانت الفنية (الارتجاع الفني: قطعٌ للتسلسل التاريخي بإيراد أحداث وقعت في زمن سابق) وصعوبات الثقة، لن يكونوا متقنين لعملهم (مهملين في عدم مناقشة تاريخها).

خذ بعين الاعتبار الجمهور. ما ستحتاج السيدة دوررانت لمعرفته مختلف بشكل ملحوظ عما يحتاج أن يعرفه معلمو أطفالها. إن مجرد انضمام السيدة دوررانت للمعالجة لا يعني أنها يجب أن تفقد حقها بالخصوصية والسرية. في الواقع، يُعد كشف معلومات صحية محميّة دون إذنٍ أمراً غير قانوني وغير أخلاقي على حد سواء، ويمكن أن يترك الطبيب الإكلينيكي عرضة للدعوى القانونية.

اختر صيغة الفعل بشكل مدروس. استخدم صيغة الماضي لوصف الأشياء التي حدثت (الأشياء التي حدثت في الجلسة أو قبلها). فعلى سبيل المثال: بَدَت قلقة أثناء الجلسة وعبثت بلآلئها (مجوهرات من اللؤلؤ) كثيراً. ورغم ذلك، كانت منفتحة بالكشف عن المشكلات. استخدم صيغة المضارع لوصف الأشياء التي تحدث في الوقت الحالي (أي العمر الحالي، مكان العمل الحالي). ومن ذلك: السيدة دوررانت أم لطفلين، أمريكية إفريقية عمرها (46) سنة، وموظفة حالياً كممرضة ممارسة في مستشفى محلي.

صحح كتابتك بعناية. غالباً ما يتم الإرشاد والعلاج خلف الأبواب المغلقة. وبسبب هذا، فإن نتاجات (استنتاجات) الناس حول نوعية العمل الإكلينيكي تعتمد غالباً على سجلات الأطباء الإكلينيكيين وتقاريرهم. وعندما تكون الكتابة والتفكير بها أمران غير متقنان (رديئان)، فإن القرّاء يفترضون بشكل عام أن العمل أيضاً غير متقن لك (رديء) وغير مهني. إن تَعلُّم الكتابة بسرعة وبشكل جيد هو أمر يستحق ذلك!

جدول (7.5):

المبادئ المتعلقة بتوجيه الكتابة والحديث المتسمين بالاحترام

المبدأ الأول: استخدم لغة الشخص أولاً

ركز على الشخص بدلاً من المشكلة. إن لدى الشخص مشكلة، لكنه لم يُعرَّف بواسطة المشكلة. هذا التمييز (الفرق) مهم بشكل خاص عند مساعدة الأشخاص على أن يتغيروا. إن الأشخاص الذين يرون الأعراض على أنها داخلية وغير قابلة للتغيير هم أقل قدرة على التغيير من أولئك الذين يرون الأعراض على أنها خارجية ومؤقتة.

تجنب: فُصاميين، توحديين، متخلف عقلياً.

استخدم: الأشخاص المصابون / الذين يعانون من داء الفصام، الأشخاص المصابون / الذين يعانون من التوحد.

المرأة المصابة / التي تعاني من الاكتئاب.

المبدأ الثاني: تجنب وصف الأمور على أنها "إعاقات".

توحي كلمة "عائق" بعدم القدرة (العجز والضعف) أو العقبة (الحاجز والمانع). ربما تكون حالات العمى والصمم وحالات العجز الأخرى مُعيقة، لكنها قبل كل شي ردّ على الظلم الاجتماعي الحضاري والموانع البيئية. وتوحي هذه الكلمة توصي بأن هناك طريقاً صحيحاً للاقتراب من الحياة والتغاضي عن مواطن القوة والتعويضات الأخرى.

تجنب: إنه مُعاق جسدياً.

استخدم: إنها مُصابة بالشلل.

إنه يستخدم كرسياً متحركاً.

المبدأ الثالث: كل شخص سَويّ (طبيعي) بطرق عديدة.

تجنب وصف الناس على أنهم إما أسوياء، أو غير أسوياء؛ إذ أن الأشخاص الذين يعانون من مشكلات مثاليون بطرق عديدة. علاوةً على ذلك، يتحدى الأشخاص الذين يعانون من التوحد وجهات النظر المحدودة للوضع الطبيعي (الحالة السوّية)، ملمحين أن البعض منّا ممن لا يعانون من التوحد ليسوا أسوياء أو أفضل، بل إنهم بالكاد مثاليون بشكل عصبي.

تجنب: إنه سويّ بعمر خمس سنوات.

استخدم: إنها بعمر عشرة سنوات ولا تعاني من نقائص سلوكية أو عقلية مُخبّر عنها.

إن تطوره (نموّه) ضمن الحدود الطبيعية.

المبدأ الرابع: تجنب المصطلحات ذات الدلالات السلبية غير ضرورية.

يُكمن أن تكون للكلمات التي نستخدمها معانٍ هامة بالنسبة للكيفية التي يرى بها الناس أنفسهم وكيف نحن نراهم. تجنب اللغة التي تبرز الألم، أو المعاناة، أو الكفاح عندما يكون مفقوداً. وبشكل أوضح، إذا كان ثمة شخص ما متألمٌ، فمن الجيد ملاحظة هذا الألم.

تجنب: ضحية، مُقعَد، معيب (ناقص، فيه خلل أو عيب)، مُشوّه، مُقيّد ومحصور بكرسي متحرك، مُبتلى (مُصاب) ب، منكوب.

استخدم: إنها مُصابة بالشلل.

إنها ترى نفسها على أنها ضحية الإساءة للأطفال. (هذا يُقرّ بأنه إدراك بدلاً من سمة ضرورية للشخص).

لديه تاريخ من الاعتداء الجنسي.

مُلاحظة: عُدل من فولكينس (Folkin1992)

لماذا التعاطف؟ ?Why Empathy

وصفنا، في الفصل الأول، وجهة نظر ماي (May, 1967) للعمل الإكلينيكي الفاعل بوصفه دمجاً للموضوعية والذاتية معاً (أي التعاطف). تتجاوز العديد من تقارير التقييم، على أية حال، جانباً من الموضوعية. ونحن نظن أن الموضوعية الحماسية جداً هي محاولة لنكون دقيقين، وحذرين، ومتخصصين. من جهة أخرى، يُمكن أن يكون الفرد دقيقاً وحذراً تخصصياً (مهنياً ومتعاطفاً).

إن للمنهج التعاطفي لتطوير التقييم الإكلينيكي عواقب (نتائج) بالنسبة لعمل الطبيب الإكلينيكي، وللمريض، وللقارئ. يُقوّي التعاطف العلاقة العلاجية مؤدياً إلى عمليات كشف أفضل وأكثر مساعدة من المرضى. وبالرغم من أن الكتابة الإكلينيكية يجب أن تكون مستندة على الملاحظات والحقائق، إلا أنها يجب أن تساعد أيضاً القرّاء على فهم المرضى -الذين قد يبدون مُختلين بالنسبة لأنفسهم وللآخرين (مثل: قصة ريمند كورسيني التي بدأت من الفصل السادس). وعندما تُبدي التقارير فهماً تعاطفياً بشكل حقيقي، فإن القرّاء أكثر احتمالاً لفهم المرضى والمشاركة معهم والتجاوب بشكل تعاطفي بأنفسهم.

الخلاصة Summary

تتخذ الكتابة الفاعلة حول المرضى عدة أشكال مختلفة؛ كل منها مرتبط بوظيفته (غرضه) الخاصة (مثل: مذكرات التقدم، والتقرير، وخطة المعالجة، وملخص الأداء، وما إلى ذلك). لقد تمت مناقشة بعض هذه الأشكال في هذا الفصل (مثل: مذكرة SOAP، والتقرير الموجز)، وسيتم مناقشة الأشكال الأخرى في الفصول اللاحقة. إن كلاً من شكل ومحتوى الكتابة يعالج الغرض المحدد لنتاج الكتابة ويجيب على السؤال المرجعي (سؤال الإحالة).

يجب أن تكون الكتابة الإكلينيكية موجزة وموضوعية وذات أساس قوي. فعلى سبيل المثال، تعد مذكرات (SOAP) ومذكرات التقدم أساليب وجيزة وموضوعية بشكل خاص للكتابة المستخدمة في توثيق المقابلات وجلسات العلاج. ويجب أن توازن الكتابة الإكلينيكية حاجات كلٍ من المريض والطبيب الإكلينيكي. وأن تحوي معلومات كافية لتوثيق أن المُسَاعِدَ قد قام بالتقييمٍ وتَدَخلَ بشكل مؤهل، دون تضمين مادة تُحرج المرضى بشكل غير ضروري أو تعرضهم للخطر إذا ما قرأ طرفٌ آخر المذكرة أو التقرير. إضافةً لذلك، يجب أن تعرف الكتابة الإكلينيكية وتميز تفسيرات متعددة للملاحظات، ويجب أن تكون مؤقتة (تجريبية) بشكل مناسب. ومع هذا، على الأطباء الإكلينيكيين أن يستخلصوا نتائج معقولة، عند الاعتراف بتقييدات (محددات) النتائج.

يستخلص القرّاء النتائج حول القدرات الإكلينيكية بالاستناد إلى أسلوب كتابة الطبيب الإكلينيكي والاستدلالات. لذلك، يكتب الأطباء الإكلينيكيون الفاعلون بعناية وعلى نحو دقيق ومتسم بالاحترام، معالجين كلاً من الأسئلة المرجعية والحاجات وفهم وإدراك جمهورهم. إن سمعة وشهرة الطبيب الإكلينيكي تعتمد على نوعية كتابته الإكلينيكية وأنها تستحق الحماية.

كيف تطبق هذه القضايا على حياتك وعملك؟

1. لاحظ كيف تستمع إلى الآخرين الذين يقدمون وصفاً على مدار الأسبوع القادم. كيف تختلف هذه الأوصاف عن أنواع الأوصاف التي يُضَمّنُها مختصو الصحة النفسية في تقريرهم؟ ما هي الأوصاف التي جعلتك غير مرتاح سواءً أكانت من مصادر تخصصية (مهنية) أو غير تخصصية (غير مهنية)؟
2. بينما تبدأ العمل بالكتابة، انتبه جيداً إلى الأمور التي قمت بعملها. ما الذي تحب أن تطوره؟ كيف تستطيع أن تقوي وتحسن أسلوب كتابتك أكثر؟ طوّر خطة لتحسين مهاراتك الكتابية والملاحظاتية (المتعلقة بالملاحظة).

8 الفصل الثامن

طرح الأسئلة المرجعية (أسئلة الإحالة) وتمييز الأهداف
Addressing Referral Questions and Identifying Goals

إلى أين نتجه؟

1. ما هي العوامل التي غالباً ما تجعل التغيير صعباً ؟
2. كيف يؤثر استعداد المرضى للتغيير على عملية التغيير؟
3. كيف تختلف الهفوات (الزلّات والأخطاء) والانتكاسات (المعاودة) وما هي تضميناتها (نتائجها) بالنسبة للمعالجة؟
4. كيف توجّه الأسئلة المرجعية المعالجة وتطوير أهدافها؟
5. ما هي خصائص أهداف المعالجة الجيدة؟
6. ماذا يحدث عندما تكون أهداف الأطباء الإكلينيكيين (المرشدين) غير متوافقة مع أهداف مرضاهم (المسترشدين)؟
7. كيف يمكنك تعريف وتمييز الأهداف باتجاه ما سيعمله المرضى (المسترشدين)؟
8. كيف يبني تطويرُ الأهداف المشتركة التعاطفَ؟

كان السجن النعمة التي أنقذتني Jail was My Saving Grace

ريموندو سانتشيز Reymound Sanchez

في الفصل الثالث، تحدث (ليل لوكو-Lil Loco) المولود عام (1963) عن ارتباطه بعصابات في شيكاغو. وعندما كان في الحادية والعشرين من عمره، أُدخِلَ إلى السجن بتهم المخدرات. ووَصَفَ هذه الفترة على أنها: "نعمة حِفظي وبقائي"، "بَرَكة في التنكر". لقد توقفت كوابيسه، وبدأ بالتفكير بشكل مختلف. وللمفارقة، جعله التفكير بشأن الأشياء السيئة في حياته، مدركاً الآن للطرق التي كان بها محظوظاً، بدلاً من لعين (بغيض) فقط.

لأنني طوال حياتي شعرت بأني كنت لعيناً (بغيضاً، رديء الطبع)، فلم أعرف أبداً ما كانت البركة والنعمة. الوجود بسلام سمح لي بأن أبدأ بالفهم. تذكرت الأسلحة المصوبة عليّ في مدى تسديد قريب، والتي لم تطلق النار أبداً. وتذكرت إطلاق الرصاص عليّ الذي كان أقل ضرراً من السقوط السيء أو من الهزائم على أيدي عصابتي. قارنت ذلك بالأحداث التي باغتت حياة الكثيرين لكن بطريقة ما أنقذت حياتي. بعد ذلك فكرت بالكميات الهائلة من المخدرات التي زودت بها جسدي، ومع ذلك ما زلت حياً. لقد جعلتني هذه الأفكار أدرك معنى البركة (النعمة). ثم ما كان إلا أن بدأت أعتبر إدانتي (بتهم المخدرات) على أنها بركة (نعمة). لقد كانت في الحقيقة البركة (النعمة) الأولى التي قدّرتها. (Sanchez, 2003, p.73).

كان ثمة رجلان كبيران في السن عملا كناصحين لريموندو -أحدهما عندما كان في السجن، والآخر أثناء ما كان يتم إطلاق سراحه. لقد ساعداه على التفكير بشأن الاتجاهات التي قد يسلكها، رغم أن ذلك كان بطرق مختلفة جداً. كنج ليو -أحد أفراد عصابة ملوك اللاتين، قضى حكماً بالسجن مدى الحياة في مركز شاوني للإصلاح- أخذ (Rey) (كما أصبح يسمى الآن) تحت جناحه. وبدأ (ري) كتابة الشعر، كمتنفسٍ لألمه المتكرر وغضبه. دعم ليو كتابات (ري) وشجعه على ربط كتاباته ورسوماته مع إحساسه المنبثق حديثاً من السلام الداخلي. قال ليو:

"انظر إلى أولئك الأخوة هناك"، ... طلب مني النظر باتجاه كومة من الثقل (الوزن البشري). جميعهم أصحاب وقتٍ قصير، سنتان ويعودون إلى الشارع. (سن بنديجوس) و(ماي بانا) (بلهاء، شريكاي). بدلاً من أن يقووا عقولهم، يقوون أجسادهم. إنهم يغادرون أغبياء كما دخلوا، لكن أقوى". التفت ليو لمواجهتي. "معظمهم سيعود للسجن، البعض منهم مؤبد مثلي. لا تكن أحمقاً مثل ذلك"، وأنهى ليو كلامه. فهمت، وبقيت على المسار الذي اخترته لإعادة ابتكار ذاتي. (Sanchez, 2003, p.84).

الناصِحُ الآخر، خليل، وكان مسلماً مولوداً في جامايكا. كان خليل عضو عصابة أخرى، وهي عصابة (El Runk). قابله ري أثناء ما كانوا يتم إطلاق سراحهما من السجن. قال خليل: "هل تستطيع أن تتكر أن الوقت الذي قضيته بالسجن كان إنقاذاً (سبب الخلاص) لحياتك؟ ليس بوسع العديد من الأخوة أن يقولوا ذلك، ولا

حتى يُمكن أن يبدؤوا بالتفكير به. يبعث الله جلّ وعلا معجزاته لأولئك الذين يسعون مخلصين".

"لكنني لا أؤمن بالله أو حتى أدركه".

أجاب خليل "ادعه ما تريد"، "إنه الإيمان الذي سيقودنا جميعاً إلى الأرض المُبشر بها. وبينما أجلس هنا أتحدث إليك، فإن كل أسئلتي فيما يتعلق بطريق حياتي أخذت إجابتها تظهر فجأة. لقد بدأت رحلتك الآن يا أخي الشاب. فقط كُن مؤمناً، حتى عندما يبدو الإيمان غير موجود". من كل الأحاديث التي أجريتها مع الناس الذين حاولوا تقديم النصيحة لي بشأن أين وكيف يجب أن تسير حياتي، كانت كلمات خليل الكلمات الوحيدة التي لصقت بي أكثر. (Sanchez, 2003, p. 113).

اعتقد ري الآن أن لحياته مستقبلاً:

"لم أرغب بعمل أي شيء يُعرضني لخطر فقدان حرياتي الجديدة التي اكتسبتها. يُمكنني الآن أن أُحسَّ بالحرية كاملة على امتداد حياتي، وأنا عشت كل يوم بهدف كسبها والحفاظ عليها. (Sanchez, 2003, p. 113)

- كيف تصف استعداد (ري) للتغيير في هذه الفترة؟ كيف يُعد هذا مختلفاً (أو مماثلاً) لاستعداده للتغيير خلال الفترة الموصوفة في الفصل الثالث؟ كيف تعرف ذلك؟
- ما الذي عمله خليل وليو بحيث كان ذلك قوياً جداً بالنسبة لري؟ هل كان لهما نفس التأثير فيما لو انتدب ري للمعالجة وقال له مرشده الم هذه الأمور نفسها؟ لماذا؟ لماذا لا؟
- إذا كنت تعمل مع ري، كيف يمكن أن تصمم تدخلاتك له بطريقة صادقة وأصيلة بالنسبة لك وفعالة في المساعدة على تغيير ري؟

التغيير Change

يعرف الكثير من الناس بسهولة ماذا يُمكن للآخرون أن يعملوا من أجل التغيير، مع أنهم قد يرون مشكلاتهم على أنها صعبة التغيير. تحدثت سو مونك كيد (Sue Monk Kidd, 2006) –التي أرادت كثيراً أن تتغير– عن عملية التغيير كالآتي:

"كان زوجي، ساندي، غاضباً مثلما هو مرتبك. لقد أراد أن تعود الأمور إلى الأسلوب المريح الذي كانت عليه سابقاً. أرادني أن "أنتبه وأغير موقفي". وبالطبع، فعلت ذلك أيضاً. وأمرت نفسي أن أعمل ذلك فقط مرات عديدة. لكنه كان نوعاً يشبه مراقبة موجة تتجاوز وتُخبر بالانحسار. طلب التغيير لم يجعل ذلك يحدث. (P. 5)

يُمكن أن يجعل الإخفاق التعاطف، مثل هذه الحالة، التغييرَ صعباً لدرجة أكبر.

غالباً ما تكون عملية التغيير محملة بالعاطفة. إذ قد يشعر بعض الأشخاص أنهم متهورون (مرتبكون) وعالقون، وغير قادرين على التغيير. وقد يعتقد آخرون أن المشكلة غير قابلة للتغيير أو أنهم لا يستطيعون ضبط ذلك التغيير (Bandura, 1997). ربما يكونون متناقضين بشأن التغيير، مدركين كلاً من منافعه

والخسائر التي سيتعرضون لها (Prochaska, 1999; Prochaska & DiClemente, 1982). وربما يرون حواجز وموانع عديدة للتغيير، بما في ذلك الموانع المالية وموانع التنقل (Reust, Thomlinson, & Lattie, 1999). إن وجهات النظر هذه وما يُماثلها يُمكن أن تحدد نتائج المعالجة. فعلى سبيل المثال، في دراسة لمرضى السرطان، مَيَّزَت وفَرقّت الحواجز والموانع المُدركة نحو التغيير أولئك الأشخاص الذين استفادوا من تدخل الألم عن الأشخاص الذين لم يستفيدوا (Ward et al., 2008). إضافة لذلك، يُمكن أن تمنع الخبرات السلبية السابقة في نظام الصحة النفسية الأشخاص من العودة مثلما تستطيع صعوبات تحديد الموعد أو الحصول على التأمين القيام بذلك. (Reust et al,. 1999).

و بالرغم من التكاليف الحقيقية والمتصورة للتغيير، إلا أن الكثير من الناس قادرون على التغيير. وقد ذكر ريوست (Reust et al., 1999) أن الأشخاص الذين ميّزوا المشكلة، ويمتلكون دعماً ومساندةً اجتماعيةً للتغيير، وأدركوا مختصي الصحة النفسية بشكل إيجابي، واعتقدوا أنهم ينالون شيئاً إيجابياً من التغيير، كانوا أكثر احتمالاً لإعداد مواعيدهم والالتزام بها.

مراحل التغيير Stages of Change

فقط قم بعمله!
Nike

"فقط قم بعمله!" إنها حملة إعلانية جيدة، لكن كما لاحظت سومونك كيد (Sue Monk Kidd, 2006)، فإنها ليست طريقة فاعلة لمساعدة الأشخاص على التغيير. من أجل التغيير، يجب على الأشخاص أن يدركوا أن لديهم مشكلة وأن يكونوا ملتزمين بالتغيير. ومثل ريموندو سانتشيز (Reymundo Sanchez, 2000, 2003)، يتفاوت المرضى بشكل ملحوظ على هذين البعدين. ويجب على الأطباء الإكلينيكيين تصميم التدخلات بما ينسجم مع جاهزية واستعداد مرضاهم للتغيير (Prochaska, 1999; Prochaska & DiClemente, 1982").

غالباً ما يكون التغيير عملية تدريجية بدلاً من كونه قراراً حاسماً (انظر جدول 8.1). ويُمكن أن يُقيِّم موقع المرضى في هذه العملية من خلال الاستماع بعناية إلى مناقشاتهم حول المشكلة والتغيير (مثل: "أنا لا أستطيع إدراك عمل ذلك"، أو "لا أجد لدي القوة الآن"، أو "سأبدأ الآن"). لقد لاحظ أميرهين وزملاؤه (Amerhein, et al., 2003) أن الطريقة التي يتحدث بها متعاطو المادة الممنوعة تُشير إلى الاستعداد للتغيير وتتنبأ بنتائج المعالجة.

إن إدراك استعداد المرضى للتغيير أمر مهم لتطوير فهم تعاطفي قوي تجاههم. قد يلجأ الأطباء الإكلينيكيون الذين يخفقون في إدراك ازدواجية (تناقضات) مرضاهم حول التغيير إلى ترك مرضاهم يبدون محبطين ويائسين بشأن تحقيق أهدافهم. علاوةً على ذلك، من المحتمل أن يظهر الأطباء الإكلينيكيين مُحبطين أو غاضبين عندما يعتقدون أن مرضاهم مستعدون للتغيير في الحقيقة

أكثر منهم. وقد يبرر الأطباء الإكلينيكيون إحباطهم وغضبهم من خلال عزو افتقار مرضاهم للتغيير إلى المقاومة أو عدم الالتزام (Bohart, 2001).

ما قبل التأمل Precontemplation

في لحظة ما يمتلك معظم الأشخاص ما قد يميزه أشخاص آخرون على أنه "مشكلة"، لكنهم كانوا غافلين وغير مدركين لنتائجها السلبية. ويسمي بروتشاسكا (Prochaska; 1999;) (Prochaska & DiClemente, 1982) هذه المرحلة بمرحلة ما قبل التأمل. يُسمي الأشخاص في مجال سوء استخدام المادة هذا النقص في التبصر "إنكاراً". قد يبدو المرضى في هذه المرحلة غير مهتمين أو غير مدركين أو غير راغبين بالتغيير، بالرغم من أن الأصدقاء والأقارب يكونون مدركين جداً للمشكلة في أغلب الأحيان. عندما يذهب المرضى إلى المعالجة، فذلك غالباً بسبب وجود طرف ثالث يُجبرهم عليها (مثل: الوالدان، أو زوج/زوجة غير سعيد: أو القاضي). وقد يقول المرضى في هذه المرحلة أمور مثل "لا أعرف لماذا يجب أن أتغير. إنهم الوحيدون الذين يعانون من مشكلة!".

يجب أن يدرك المرضى أولاً أن لديهم مشكلة. ويُمكن أن تكون الأسئلة –مثل "كيف تعرف بأن هذه مشكلة؟" –مفيدة ونافعة في هذه المرحلة (Zimmerman, Olsen, & Bosworth, 2000). وتُعد الاستجابات التعاطفية والمُساندة غالباً مساعدة، بينما تزيد استجابات المواجهة (التحدي) والاستجابات المحملة بالصراع والنزاع من المقاومة. وتتداخل (تتصادم) مع المعالجة (Beutler et al., 2001; Moos, 2003; Serran, Fernandez, Marshall, & Mann, 2003).

التأمل Contemplation

حتى لو ميّز المرضى المشكلة، فليس بالضرورة أن يكونوا راغبين بالتغيير. يعترف كثير من الأشخاص بأنهم سيواجهون صعوبة، لكنهم يدركون أيضاً التكاليف الهامة المرتبطة بالتغيير ويواجهون الازدواجية حول قبول تلك التكاليف. فعلى سبيل المثال، قد تعرف المرأة التي تتعرض لعلاقة عنيفة وسيئة أن علاقتها غير صحية، لكنها تقلق كذلك من أنها لو تركت زوجها فستكون غير قادرة على دفع فواتيرها، وستتلقى رفضاً من عائلتها وأصدقائها، وستفقد وجود أب لأطفالها إضافة إلى الدعم المادي والعاطفي الذي يقدمه. ربما تكون خائفة من أنها لا تستطيع أن تكون أماً لأطفالها الصعبين لوحدها، ومن أنها لن تجد العمل الذي سيدعم العائلة، ومن عدم امتلاكها المهارات للإبقاء على فواتيرهم مدفوعة، ولتسيير أمور سيارتهم والبيت بسهولة، ومن أنها لن تجد رجلاً آخر يحبها بنفس القدر. وقد تشعر أنها مذنبة أيضاً من أنها لم تقم بعملٍ ما فيه الكفاية لجعل علاقتهم تسير بشكل أفضل.

في مرحلة التأمل يدرك المرضى المشكلة، لكنهم رغم ذلك غير جاهزين للتغيير. إنهم يحتاجون إلى تقييم مواضع التغيير بالإضافة إلى تمييز المنافع المحتملة للتغيير. وتعد الأسئلة مثل: "ما هي منافع التغيير في الوقت الحالي؟" و"ما الذي يُمكن أن يمنعك من التغيير في هذا الوقت؟ مفيدة ونافعة للمرضى في هذه المرحلة (Zimmerman et al., 2000). إن هدف المعالجة هو أن تزيد وترفع من الدافع والمحفز وتُرجّح كفة الميزان باتجاه الالتزام بالتغيير.

التحضير/ الإعداد Preparation

ما إن يميّز المرضى المعيقات والدوافع لإجراء التغيير ويعملوا من خلال ازدواجيتهم (تناقضهم) بشأن التغيير، حتى يُصبحوا بحاجة إلى التحضير والإعداد للتغيير في أغلب الأحيان. خلال تحضير وإعداد الماء لنشرب فإنه يُختبر، وذلك يتم غالباً ما يتم عن طريق عمل تغييرات بسيطة أولاً (Prochaska; 1999; Prochaska, & DiClemente, 1982). وتتميز هذه المرحلة بالتخطيط، والحصول على المعلومات، وكسب الدعم، وحل المشكلة، والتاكد من أن المرضى يمتلكون المهارات التي يحتاجونها.

العمل / الإجراء Action

عَرّف بروتشاسكا (Prochaska, 1999; Prochaska & DiClemente, 1982) العمل / الإجراء على أنه المرحلة التي حدث عندها السلوك المستهدف (مثل: ترك الزوج / الزوجة أو الإقلاع عن التدخين). وبالرغم من أن التركيز في مرحلة ما قبل التأمل ومرحلة التأمل يكون تحفيز المرضى، إلا أن الأطباء الإكلينيكيين يحتاجون في مرحلة العمل / الإجراء إلى مساعدة المرضى على تمييز الاستراتيجيات السلوكية التي ستساعدهم على التغيير بفعالية أكثر.

وبالرغم من أن المرضى في مرحلة التغيير ملتزمون بالتغيير ويتغيرون بشكل نشيط، إلا أن عملية التغيير يُمكن أن تبقى صعبة. ومن الضروري أن يكون الأطباء الإكلينيكيون كرماء وصادقين بالتغذية الراجعة الإيجابية. فعلى سبيل المثال، أثناء العمل مع المريض الذي يحاول الإقلاع عن التدخين، قد يُعلقّ الطبيب الإكلينيكي بقوله "نجاحٌ باهر! لقد مضى أسبوع منذ آخر مرة دخنت فيها! ما الذي تقوم بعمله لجعل هذا يحدث!". قد يعزو بعض المرضى تغيرهم إلى الحظ أو الصدفة. ويحتاج الأطباء الإكلينيكيون إلى التعاطف مع شعور مرضاهم بأن التغيير كان خارج سيطرتهم، لكنهم يساعدون في البحث عن المريض (Walter & Peller, 1992). فعلى سبيل المثال:

أنا أعرف أن ذلك يبدو كما لو أن شخصاً أو شيئاً آخر جعل التغيير يحدث، لكنني أريد منك أن تفكر بما عملت، بحيث يمكنك القيام به مرة أخرى. ما التغييرات التي قمت بها —مهما كانت بسيطة— والتي جعلت هذا الأسبوع جيد جداً؟

لاحظ أن الشخص النشط الأول يركز على السؤال. ولاحظ أيضاً أن هذا الطبيب الإكلينيكي قد أنهى بسؤال مفتوح (أي، الأسئلة التي تبدأ بماذا وكيف ومتى ولماذا). ولو كان سؤالاً مُغلقاً (أي، الأسئلة التي تبدأ بهل)، فلربما وافق المريض بأن الاستجابة المتطرفة وثنائية التفرع التي كانت مقبولة هي: "لا شيء!"

المحافظة Maintenance

من السهل مبدئياً إيقاف شرب المواد المخدرة أو فقدان الوزن أو أن تصبح أكثر حزماً من أن تحافظ على ذلك التغيير. وبهذا تعتبر الأخطاء والهفوات أجزاءً طبيعية للحياة، لكنَّ كيفية إدراك المرضى لها يُحدث فرقاً هاماً في المعالجة. وبعد ذلك يمكن أن تُرى كمؤشرات بأن التغيير بعيد المدى لن يحدث أبداً (الانتكاسة أو المعاودة (Relapse): العودة في مرحلة متقدمة إلى السلوك المُشكِل) أو كفرص لتعديل عملية التغيير (الغفلة أو الهفوة (Lapse): الزلاّت المؤقتة التي يمكن التعلُم منها). إن تحويل المهارات إلى مواقف وحالات أخرى، والإبقاء عليها عبر الوقت، ومنع الانتكاسات هي مهمات هامة وضرورية في المحافظة (Prochaska, 1999; Prochaska & Diclemente, 1982).

إن حوالي (75%) من الأشخاص الذين يتوقفون عن استخدام وانتهاك (إساءة استخدام) المواد يستخدمونها مرة أخرى في غضون سنة واحدة، وذلك على الأقل وبشكل سريع (McLellan et al, 1994). وثمة مظهران ضروريان لمنع وتقليل تكرار وتأثير آثار الانتكاسات، وهما: (أ) تقليل مثيرات (حوافز) حدوث السلوك المُشكِل، و(ب) تحدي الاستجابات الانفعالية والمعرفية السلبية للهفوات. والهفوات لا تحدث عشوائياً، بل تحدث في مواقف وحالات متوقعة (أي يمكن التنبؤ بها). وهذه المواقف والحالات تتضمن فترات الملل، والوحدة، والضغط البينشخصي، والتعرض لمثيرات أخرى (Laudet, Magura, Vogel, & Knight, 2004; Sharkansky, Brief, Peirce, Meehan, & Mannix, 1999). وبعض المثيرات يمكن تجنبها (مثل: الحانات، وذلك بالنسبة للأشخاص الذين يحاولون الإقلاع عن التدخين أو الشرب)؛ والأخرى يمكن تقليلها أو منعها (مثل الضغط والإعياء).

إن الأشخاص ذوو الكفاءة الذاتية العالية والعزو الذاتي الإيجابي المتعقبين للهفوة هم أقل احتمالاً للوقوع بها ثانية (Shiffman et al., 1996). ثم إنه لمن المفيد الانتباه والاهتمام بنجاحات المرضى لكي يتم تعديل تنسيباتهم (عزوهم) وبناء كفاءتهم الذاتية، وذلك كما هو موضح في المقتطف الآتي:

شين 1: يبدو أن يوم الجمعة كان حقاً يوماً صعباً بالنسبة لك. ماذا حدث؟

ترش 1: لا أعرف. قضيتُ يوماً قاسياً في العمل وكان مملاً. أصدقائي كانوا يُعلّقون ويخططون للذهاب إلى المقهى، وأنا كنت أفكر فقط، "لقد كنت جيداً جداً، متلهفاً جداً!".

شين 2: لقد قلت:" أنا لا أعرف"، ولكنك قمت بعمل رائع بالفعل بوصف ما حدث. [توقف مؤقت] وبالإضافة إلى أنك ضجرٌ وقلق من الفراغ، فأنت كنت مع أصدقائك الذين كانوا يشجعونك لقضاء وقت ممتع. [آهه] أنا أيضاً متشوق لمعرفة بيانك وتعبيرك حول "جيد جداً". يبدو أنك ترى أن تبقى رزيناً بينما تكون في نزاع وصراع بقضاء وقت ممتع.

ترش 2: نعم، يبدو أن كل ما قمت به أياً يكن هو العمل، والذهاب إلى الاجتماعات. والنوم. أنا ما زلت طفلاً -على الأقل أنني أشعر كذلك- وأريد قضاء وقت ممتع أيضاً!

شين 3: يبدو أنك تتحدث عن أحد الأمور التي من الضروري أن تقوم بها، وذلك تزامناً مع مواصلة معالجة مثيراتك، وذلك الأمر هو اختبار بعض السُبل والوسائل لقضاء وقت ممتع دون شرب الكحول.

جدول 8.1:

مراحل التغيير وتأثيرها على ختيار أهداف المعالجة

مرحلة التغيير	خصائص المرحلة	تركيز (اهتمام) المعالجة
ما قبل التأمل	لا نية للتغيير في المستقبل المتوقع. في أغلب الأحيان هناك قليل من الوعي بالمشكلة، وربما لا يوجد وعي على الإطلاق. وقد يتم دخول المعالجة بسبب طرف آخر (مثل: أحد أفراد العائلة أو المحكمة).	زيادة الوعي بوجود المشكلة ونتائجها.
التأمل	يوجد وعي بالمشكلة، ويُنظر إلى التغيير بجدية، لكن لحد الآن لم يتم الالتزام لعمل ذلك. تقييم الخيارات؛ متناقض جداً حول التغيير.	معالجة الازدواجية وتمييز موانع التغيير.
التحضير / الإعداد	ملتزم بالتغيير وينوي اتخاذ الإجراءات في المستقبل القريب.	تطوير مهارات سلوكية وبديلة للسلوكات السلبية، استنباط الدعم من الآخرين من أجل التغيير، والمعلومات، والمصادر لتذليل العقبات. معالجة موانع التغيير وتمييز التغيرات البسيطة التي تُهيء المريض للتغيير.

العمل/ الإجراء	**سلوكات، أو معتقدات، أو خبرات، أو مواقف متغيرة للتغلب بشكل نشط على المشكلة.**	**تمييز استراتيجيات لإحداث التغيير ودعم حدوثه.**
المحافظة	**إدراك الحاجة للمحافظة على التغييرات والرغبة بعمل ذلك باستمرار.**	**مناقشة عملية التغيير، وخاصة ذلك التغيير الذي لن يدوم دون العمل على المحافظة عليه. والتفريق بين الهفوات(الأخطاء) والانتكاسات. وتتميز المواقف التي تضع المرضى في خطر الانتكاس وسبل تجنب أو تغيير أو التعامل مع ذلك.**

ملاحظة: من. (Prochaska. 1999; Prochaska. & DiClemente. 1982))

الأسئلة المرجعية وأهداف العلاج
Refferal Questions and Treatment Goals

يمنحني الله الصفاء لتقبل الأشياء التي لا أستطيع تغييرها، والشجاعة لتغيير الأشياء التي أستطيع، والحكمة لمعرفة الفرق.
Reinhold Niebuhr
راينولد نيبوهر

تخيل أن أندريا بيتس أُحيلت إليك بعد وقت قصير من إغراق أطفالها. كان يُمكن أن تأتي هذه الإحالة من مصادر متعددة -من محاميها أو المحكمة أو الطبيب النفسي أو عائلتها أو نظام السجن أو حتى من نفسها. وربما يكون لدى كل فرد أو مجموعة من هؤلاء أسئلة مرجعية مختلفة يريدون منك أن تتعامل بها. فعلى سبيل المثال:

- ربما تريد المحكمة أن تعرف فيما إذا كانت أندريا مؤهلة لمساعدة دفاعها. هل تفهم أندريا وتدرك النظام القانوني والقرارات التي من واجبها أن تؤديها أثناء محاكمتها؟ هل تستطيع تعريف وتمييز الحقائق المتعلقة بالحالة؟ هل تستطيع التفكير بعقلانية بشأن موقفها؟
- يريد كلاً من محامي الدفاع والادعاء أن يعرفا فيما إذا كانت أندريا عاقلة وواعية في وقت ارتكاب جريمة القتل، وذلك طبقاً للتعريف المستخدم في تكساس. فالتعريفات القانونية لسلامة العقل (Sanity) مختلفة جوهرياً عن التعريفات النفسية، وتركز بشكل عام على ما إذا كان الشخص مُدركاً وواعياً في وقت الجريمة بأن الفعل والتصرف كان خاطئاً وفيما إذا اعتقدوا بأنهم يمكن أن يمنعوه.
- ربما يريد طبيبها النفسي أن يعرف ما إذا كانت أعراضها الذهانية ترتبط بانفصام الشخصية أو باضطراب الاكتئاب الرئيسي أو بالاضطراب ثنائي القطب أو بسبب آخر، وربما يطلب توصيات المعالجة أيضاً.

- ربما تريد إدارة السجن أن تعرف ما إذا كان يُكمن أن تُصان وتُحفظ أندريا بشكل فاعل وعملي في نظامهم أو فيما إذا كانت تحتاج إلى مكان آمنٍ أكثر.
- يوجّه كل سؤال من هذه الأسئلة عملية التقييم باتجاه مختلف، مُحدداً الأسئلة التي سؤلت أثناء المقابلات وكذلك استراتيجيات التقييم التي قُدِمت. وتختلف التقارير المكتوبة استجابة ورداً على كل سؤال من هذه الأسئلة المرجعية بطرق مهمة، وذلك كما هو موضح في الجدول (8.2).

جدول 8.2:

التعبيرات الافتراضية الموجزة رداً على ثلاثة أسئلة مرجعية (أسئلة إحالة) محتملة بالنسبة لأندريا ييتس.

فيما يتعلق بأهليتها للمحاكمة

السيدة ييتس إمرأة تبلغ من العمر السابعة والثلاثين، وقد أُحيلت لتقييم أهليتها للمحاكمة (أي للمثول أمام القضاء) بعد إغراق أطفالها الخمسة. وهي إمرأة بارعة تعلمت في الكلية، وعلى الرغم من اكتئابها الحاد الحالي والذهان السابق، فإنها تُدرك وتفهم النظام القانوني وتضمينات (نتائج) أعمال المحكمة المجردة. إن إحساسها بالذنب البالغ بشأن الكيفية التي كانت تربي بها أطفالها، من ناحية أخرى، ربما قادها لاتخاذ قرارات يُمكن أن تعيق حالتها.

فيما يتعلق بسلامتها العقلية وقت ارتكاب جرائم القتل

السيدة ييتس إمرأة تبلغ من العمر السابعة والثلاثين، وقد أُحيلت لتقييم سلامتها العقلية بعد إغراق أطفالها الخمسة، لأنها اعتقدت أن "مصيرهم الفناء في جهنم" كنتيجةٍ لأمومتها السيئة. وهي تعترف بمعاناتها من هلوسات في كلٍ من وقت جرائم القتل وعلى عدة مناسبات في الماضي، وتخبر عن الشعور بالاضطرار إلى إغراق أطفالها من أجل "إنقاذهم". ومع هذا، أدركت أندريا أن أفعالها كانت خاطئة في ضوء قوانين وقيم المجتمع الأكبر لذلك استدعت الشرطة بعد إغراق أطفالها.

فيما يتعلق بالقدرة على ألا تكون مُصانة ومحمية في نظام السجن

السيدة ييتس إمرأة تبلغ من العمر السابعة والثلاثين، وقد أُحيلت لتحديد ما إذا كان الجناح الحالي في السجن ملائم لتقديم وتوفير احتياجات صحتها العقلية. وبشكل خاص، فإنه لم يكن واضحاً فيما إذا كانت تشكل خطراً مستمراً على نفسها وعلى الآخرين. السيدة ييتس شخصية أخلاقية جداً – وذلك في ضوء نظام معتقداتها الخاص- لذا فمن غير المحتمل أن تؤذي أي شخص آخر إلا إذا كانت تعتقد بأنها تنقذهم، وذلك كما تذكر وهي تعتقد أنها كانت تقوم بعمله في ارتكابها لجرائم القتل المعترفة بها بحق أطفالها. من ناحية أخرى، فهي

صامتة حالياً في أغلب الأحيان وسلبية جداً، وتُبلّغ عن شعور بالذنب الشديد بشأن "أمومتها السيئة"، وقد اقترفت عملاً من المحتمل أن تجده العديد من زميلاتها السجينات شنيعاً ويستحق التعنيف. ونتيجة لذلك، فإنه من المحتمل جداً أن تكون ضحية سهلة في داخل نظام السجن وألا تتصرف لحماية وتأمين نفسها.

غذاء للفكر Food for Thought

ما المشكلات التي تريد أن تتناولها في سياق المعالجة مع السيدة بيتس؟ ما الذي تعتقد أن السيدة بيتس تراه كمشكلة هامة للتعامل معها؟ يجب أن تُستمد أهدَافُك من المشكلات التي تُميزها على أنها أكثر أهمية. وهذه الأهداف قد تتضمن:

- التقليل من خطورة أعراضها الاكتئابية،
- التقليل من تكرار وحدة (شدّة) أعراضها،
- زيادة التزامها بأدويتها وعلاجها،
- تمييز استراتيجيات إيجابية للتعامل مع مشاعرها الخاصة المتعلقة بالاكتئاب والذنب،
- بناء شبكة دعم إيجابية في السجن،
- تمييز إحساس بالاتجاه وهدف للمستقبل.

أيّ من هذه الأهداف تريد أن تعمل عليها أولاً؟ هل سيكون قرارك متأثراً من خلال ما إذا كنت قد توقعت أن يُخلى سبيلها من السجن؟ هل تؤثر أمنياتها على قراراتك؟ هل سيكون كافياً بأنها توقفت عن بعض سلوكياتها (مثل: الهلوسات)؟ وهل تريد أيضاً أن تُحدِثَ تغييراً إيجابياً من نوع معين؟ لماذا؟

ما هي الأهداف الجيدة؟ What are Good Goals?

> **إذا لم يكن يعرف الشخص إلى أي ميناء يُبحر، فلا توجد رياح مناسبة عندئذ.**
> Lucius Annaeus Seneca

يتطلب وضع الهدف الفعّال الاستماع إلى قِيّم وتفضيلات المريض لتمييز أهداف المعالجة معاً. لاحظ كيف عمل ليو وخليل هذا مع ريموندو سانتشيز في مادة الحالة في بداية هذا الفصل. بشكل خاص، يجب أن تكون أهداف المعالجة مناسبة ثقافياً، ومُخصصة (مميزة)، وتوضع بتعاون مع المرضى. ويجب أن تكون متمركزة على المريض، وواقعية (ملموسة)، وقابلة للقياس. وعندما تُلَبَى هذه المعايير، فإن المرضى يُمكن أن يَمنحوا الموافقة المسبقة بشكل حقيقي ويعملوا بجدٍ لتحقيق أهداف المعالجة.

تتخذ الأهداف واضحة المعالم شكلاً خاصلاً (Walter & Peller, 1992). ويجب أن تكون الأهداف خاضعة لسيطرة المريض ومُعبّرٌ عنها على شكل سلوك، وإيجابية، ومجددة، وتركز على الوقت الحاضر (انظر جدول 8.3). إضافةً لذلك، يجب أن تستخدم كلمات واستعارات المريض الخاصة. وعندما يحدث هذا، فإن المرضى يمكنهم أن يروا ويدركوا إلى أين يتجهون ويعملون لتحقيق أهدافهم.

الأهداف الخاضعة لسيطرة المريض
Goals under Clients' Control

غالباً ما يفكر المرضى بالطرق التي ستجعل حياتهم أفضل إذا تغير الآخرون. ومع أن هذا يُمكن أن يكون صحيحاً، إلا أن الأطباء الإكلينيكيين لا يستطيعون تغيير عائلات المرضى وأصدقائهم بشكل مباشر. إنهم يستطيعون، على أية حال، المساعدة في تغيير الشخص في غرفة الإرشاد. وتغيير الشخص، تباعاً، قد يؤدي بالآخرين إلى أن يتصرفوا بشكل مختلف. فالأطباء الإكلينيكيون لا يُمكنهم جعل زوج المريضة يوقف شتائمه السيئة، لكن يمكنهم أن يساعدوها على تغيير كيفية تفاعلها واستجابتها لتلك الشتائم السيئة. إذ يُمكنها أن تختبر (تفحص) سلوكها وتميّز ذَرة الحقيقة في اتهاماته. ويمكنها أن تستجيب بحزم بدلاً من أن تتصرف بعدوانية نحو مطالبه. ويمكنها أن تدرك الألم الذي يكمن وراء شتائمه.

جدول (8.3):

معايير أهداف المعالجة الجيدة

المعايير	الكلمات المفتاحية	عينة من الأسئلة أو الاستجابات
خاضعة لسيطرة المريض	«أنت»	«ماذا يمكنك أن تعمل لجعل ذلك يحدث؟»
سلوكية	«كيف»، «أفعال تدل على الاستمرارية»	«كيف ستقوم بعمل هذا؟»
إيجابية	«بدلاً من»	«ماذا ستعمل بدلاً من الصراخ؟»
محددة قدر الإمكان	«بشكل محدد»	«صف، بشكل محدد قدر الإمكان، ماذا ستعمل بشكل مختلف»؟.
في الوقت الحاضر	«الآن»، «على المسار الصحيح»	«بما أنك ستغادر اليوم، وأنت على المسار الصحيح، فما الذي ستقوم بعمله بشكل مختلف؟»

الأهداف السلوكية Behavioral Goals

الأهداف القوية هي سلوكية بطبيعتها. إنها تصرفات وأفعال أكثر منها نتائج نهائية، ويُمكن أن تصاغ عادةً على شكل فعل (مثل: يدرس أكثر، يركض يومياً). تعتبر الدرجات الدراسية وتخفيف الوزن في أغلب الأحيان وإلى حدٍ ما خارج سيطرة المرضى، لكنهم يستطيعون تغيير عاداتهم الدراسية، وأنماط التمرين الرياضي، والحمية الغذائية. وبتقييماتهم، قد يطرح الأطباء الإكلينيكيون أسئلة مثل: "ما الذي ستقوم بعمله بشكل مختلف عندما تكون على المسار الصحيح"؟ أو "كيف ستفكر بشكل مختلف؟"

الأهداف المصاغة بشكل إيجابي Positively Phrased Goals

بدلاً من التركيز على مالا يُعمل أو ما لا يُراد عمله، فإن الأهداف الجيدة تُلزم المرضى بالتركيز على التغييرات التي يريدونها أن تحدث. ماذا سيعملون بدلاً من الصراخ؟ ماذا سيعملون بدلاً من أن يكونوا قلقين؟ إن صياغة الأهداف بلغة الأفعال الإيجابية تُيّسر عملية التغيير من خلال توضيح اتجاه المعالجة.

الأهداف المحددة Specific Goals

غالباً ما تكون عملية التغيير صعبة الإدراك والرؤية. ولأن المرضى قد لا يدركون ما يجب عليهم فعله، فإنهم غالباً ما يقدمون أهدافاً مبهمة وغامضة تُعتبر مُوجهات مسيئة للمعالجة (مثل: "أريد أن نكون الأسعد"). ما الذي سيقوم المرضى بعمله –بشكل محدد– بشكل مختلف؟ يجب أن يؤطر التغيير المطلوب والمرغوب –إلى حد ممكن– في ضوء السلوكات الواقعية (الملموسة) والجديرة بالملاحظة (مثل: "سأبدأ بسؤالها عن يومها عندما تجيء على الباب. أريدها أن تُدرك كم هي مهمة بالنسبة لي"). إن الأهداف المحددة موضوعيةٌ وقابلةٌ للقياس، وتساعد الناس على مراقبة المدى الذي يكونون خلاله على المسار الصحيح.

الأهداف حاضرة التوجه Present-Oriented Goals

يشجع الأطباء الإكلينيكيون الفاعلون المرضى على التفكير بالكيفية التي يمكنهم بها أن يبدؤوا التغيير منذ اللحظة بدلاً من انتظار حدوث التغيير بطريقة سحرية في نقطة ما بعيدة في المستقبل. وربما يطرح الأطباء الإكلينيكيون السؤال الآتي: "بما أنك تغادر اليوم، وأنت على المسار الصحيح، فما الذي ستقوم بعمله بشكل مختلف؟". إن هذا التركيز يشجع المرضى على الالتزام بالتغيير الآن بدلاً من أن يكون في نقطة غير محددة في المستقبل.

الأهداف المُصاغة بكلمات المريض الخاصة Goals Phrased in Clients's Own Words

يستخدم الأطباء الإكلينيكيون الفاعلون استعارات المرضى والكلمات المفتاحية قدر المستطاع بدلاً من التواصل باستخدام المفردة (المصطلح) التخصصية النفسية. إذ أن كلمات المرضى تعكس نظرتهم العالمية وتصف طرقهم المألوفة في النظر إلى المشكلة. وكما يُرى في المثال الآتي، فإن استخدام كلمات المرضى يُبلّغ ويوصل فهم الطبيب الإكلينيكي لهم ولمشكلاتهم. ثم إن الاشتراك بهذا الفهم يقوي العلاقة العلاجية.

ميغيل1: هنالك جدار يفصل بيننا نحن الاثنين، وكأننا لن نقترب ثانية. إنها الآن لا تتكلم معي.

خافير1: أنت تشعر بأن هنالك جدار يفصل بينكما الاثنين، وأنت لا تعرف ما تفعل لتتسلقه أو لتدمره. (نعم). ماذا يمكنك أن تعمل الآن لتجد منفذاً لذلك تتجاوز ذلك الجدار الذي تشعر بوجوده؟

ميغيل 2: ربما يمكن أن نحاول أن يفهم أحدنا الآخر ...

خافير2: ماذا يمكنك أن تعمل اليوم للبدء في تدمير ذلك الجدار؟

ميغيل3: يُمكنني أن أخبرها كم افتقدها في حياتي.

لاحظ، رغم أن خافير تقبل استعارة ميغيل (خافير1)، إلا أنه لم يتقبل أن الجدار كان ثابتاً أو منيعاً. لقد وَسَّع طريقة ميغيل في التفكير بشأن مشكلته في (خافير 2) عن طريق استخدام سمة قياسية للجدران (مثل أنها ذات منفذ، يمكن تسلقها، يمكن هدمها). لقد ساعدت أسئلة خافير على أن يطور ميغيل صورة ملموسة لما أراد أن يغيره ولما احتاج أن يعمله للوصول إلى ذلك.

غذاء للفكر Food for Thought

- انظر إلى وصفك لأهداف معالجتك بالنسبة للسيدة ييتس في وقت سابق من هذا الفصل. كيف تنسجم هذه الأهداف مع توصيات والتر وبيلير (Walter & Peller, 1992)؟
- كيف يمكن أن تُناقش وتفاوض أي اختلافات بين أهدافك وأهداف السيدة ييتس فيما يتعلق بنفسها؟

تعارض الأهداف Conflict in Goals

ربما تكون النزاعات مصادر للهزيمة وضياعاً للحياة وتغييراً لقوتنا الكامنة، لكنها قد تقود إلى عمق أكبر أيضاً من حياة ومولد العادات بعيدة المنال. تزدهر في التوترات التي تُنشؤهم.
Karl Jaspers

ربما من المفاجئ أنه قد يكون من الصعب تعريف -من هو- المريض. فالمرضى المحّولون من المحكمة قد لا يكونون مرضى "حقيقيين"؛ وبدلاً من ذلك، ربما انتدبت المحكمة ومكتب الإخلاء (إطلاق السراح) أو المراقبة المريضَ ليدخل المعالجة ووضعوا له أهداف المعالجة، والتي قد تختلف عن أهداف المريض الخاصة. وعلى سبيل المثال، يعد الآباء المهاجرون الأمريكان اللاتينيون أكثر ميلاً للجماعية في نظرتهم للمواقف والأوضاع المدرسية من معلمي أطفالهم الأوروبيين الأمريكيين، حيث يختلفون ويتعارضون حول أهمية الإنجاز الفردي، واستخدام المديح بدلاً من النقد، والأهمية النسبية للمهارات الأكاديمية بدلاً من المهارات الاجتماعية، والتعبير الفردي بدلاً من احترام السلطة (Greenfield et al., 2006). ويختلف مهاجرو الهمونغ وأطباؤهم الأمريكيون في أغلب الأحيان في كل من أهداف المعالجة والاستراتيجيات المقبولة للاقتراب منها ومباشرتها (Fadiman, 1997). ربما يكون الأطفال وآباؤهم مختلفون، بل ومتعارضون، في أهداف المعالجة، لذا يجب على الأطباء الإكلينيكيين أن يجدوا طريقة للتعاقد من أجل المعالجة مع كل طرف منهم (Hawley & Weisz, 2003; Reyes, Kokotovic, & Cosden, 1996).

تظهر قضايا مشابهة خلال مسار العلاج الزواجي، حيث قد يكون أحد الزوجين أكثر التزاماً بالتغيير من الآخر، وكذلك خلال العمل مع المرضى الذين يريدون الانتحار أو المصابين بالذهان، والذين قد يرفضون بشكل نشط جهود الطبيب الإكلينيكي لمحاولة إبقائهم على قيد الحياة أو للتقليل من الذهان لديهم.

حتى المرضى الراغبين بالمعالجة قد يملكون أهدافاً بالنسبة لأنفسهم مختلفة عن تلك الأهداف المستهدفة والمرجوة من قبل أطبائهم الإكلينيكيين. تصف لنت (Lent, 2004) مثل هذه الحالة بقولها:

أتذكر المشرفة التي نبهها مريضها بالانتقال بسرعة نحو وصف الإجراءات المطلوبة لمساعدة المريض حتى يشعر بالتحسن. وقد أعلن المريض بعد جلسة تميزت بالشد والجذب، "أنا أعرف كيف أُهيء نفسي للشعور بالتحسن، وأنا أعرف كيف اتخذ القرارات. ما أحتاجه من مساعدتك هو أن أفهم كيف أهيء نفسي لمآزق مثل هذه لأبدأ معها". (P. 489)

يجب على الأطباء الإكلينيكيين والمرضى اتخاذ قرارات حول ماهية الحديث (ما يتحدثون بشأنه)

خلال المعالجة، وكيفية التحدث بشأن ذلك، والمنهج (الطريق) الذي يُسلك في ذلك. ربما يملك الطبيب الإكلينيكي والمريض قيماً مختلفة ومتناقضة. فعلى سبيل المثال، أبرز ليسزكس ويارهوس (Liszcs & Yarhouse, 2005) دور قِيّم الطبيب الإكلينيكي في عملية تمييز وتعريف هدف المعالجة للعمل مع المرضى الذين يشكون بجنسهم (ذكر/أنثى). نَزَعَ كلٌّ من الأطباء الإكلينيكيين المتدينون وأولئك المتخصصون في العمل مع المرضى الشاذّين جنسياً والسحاقيين إلى اختيار أهداف معالجة متسقة ومنسجمة مع قيمهم واتجاهاتهم الخاصة حول التوجه الجنسي. وحتى لو كان هنالك تعارض في الأهداف، فإن الأطباء الإكلينيكيين قد نزعوا نحو اختيار الأهداف المتسقة والمنسجمة مع قيمهم الخاصة أكثر من أهداف مرضاهم.

يُمكن أن تؤثر هذه الصعوبات في التعاون على وضع الأهداف، وتطوير خطة المعالجة، وعلى مشاعر المرضى المتعلقة بكونهم مفهومين. وتوضح لنا مادة الحالة الآتية كيف يمكن أن تؤدي الفروقات والاختلافات بين وجهات نظر المرضى والأطباء الإكلينيكيين العالمية إلى صعوبات في التعاطف بالإضافة إلى مشكلات في التعاون ووضع أهداف معالجة مقبولة للطرفين.

التعارضات (النزاعات) بين مهاجري الهمونغ والأطباء الأمريكيين

Conflicts between Hmong Immigrants and U.S. Physiciants

عند مناقشة قصة عائلة (لايا لي)، وصف فاديمان (Fadiman, 1997) الطرق المتعددة التي يمكن أن تتعارض من خلالها وجهات النظر العالمية لعائلات الهمونغ الأمريكية والطب الغربي. ورغم أن هذا التعارض هو نتيجة -في معظم الأحيان- لسوء فهم نوايا الشخص تجاه الطرف الآخر، أو لمشاكل اللغة عند التواصل، أو للترجمة، إلا أنه كذلك نتيجة لاختلاف المعتقدات حول أسباب المرض والإستجابات (ردود الأفعال) المناسبة للأعراض. ربما يكون رفض الهمونغ الأمريكي للذهاب إلى الطبيب أو اتباع المعالجة الموصوفة بسبب المخاوف التي تنتابهم حول المعالجة الطبية المستخدمة، لكن، من المحتمل على حد سواء، أن يكون ذلك بسبب تباين وجهات نظر الصحة والمعالجة المناسبة للأجساد والمشكلات مع السلطة التي لها جذور في المنازعات الناشئة منذ آلاف السنين. وكما يشير فاديمان، فإن الهمونغ يميلون إلى رؤية كل شيء على أنه مرتبط (انظر جدول 8.4).

جدول (8.4):

مقارنة بين القيم الثقافية للأمريكي الهمونغ والأمريكي الأوروبي

الأمريكان الهومنغ	الأمريكان الاوربيون
الزمن	
- الوقت مَرِن نسبياً	- الوقت دقيق، فوري.
- يقضون حياتهم يوماً بيوم أو مثلما يأتي	- يخططون للغد؛ التوجه نحو المستقبل.
- أكثر توجهاً نحو الماضي	-
العلاقات	-
- يميلون للتركيز على العائلة الممتدة.	- يميلون للتركيز على العائلة النواة.
- ×أكثر اعتمادية.	- أكثر فردية (استقلالية).
- علاقات اجتماعية "صحيحة".	-
المجموعة	-
- أكثر توجهاً نحو البالغين واحترام كبار السن والسلطة.	- أكثر توجهاً نحو الشباب بشكل نسبي.
- أكثر اعتمادية وتوجهاً نحو المجموعة.	- أكثر استقلالية وذاتية.
- أكثر شعوراً بالخجل والخزي.	- أكثر شعوراً بالذنب.
النظرة للعالم	- وجهة نظرهم العالمية أكثر اختصاراً وإيجازاً، مقيّمة ومقدرة التحليل والطريقة العلمية.
- وجهة نظرهم العالمية أكثر شمولية، مؤكدة على الانسجام مع الآخرين والطبيعة.	- يؤكدون على المنافسة والبقاء للأصلح؛ البشر يسيطرون على الطبيعة.
التغيير والعملية العلاجية	
- أكثر توجهاً نحو الوضع الراهن؛ يقدرون ويقبلون الحاجات المجتمعية، والمشكلات، والإحباط عند تقرير ما إذا أرادوا التغيير.	- القيم والقانون الأخلاقي نسبيان وموقفيان.
	- أكثر توجهاً نحو التغيير؛ أكثر رغبة للتعبير عن الحاجات والمشكلات علناً وصراحة.

ملحوظة: من (Faderman. 1998; Fadiman. 1997; Lao Family Community of Minnesota. Inc.. 1997).

يُمكن أن تختلف نظرة الهومنغ "للأعراض" كثيراً عن نظرة الأطباء الأمريكيين. لقد أدركت عائلة (لي) داء الصرع الذي أصاب ابنتهم على أنه إشارة إلى أنها ستكون مُعالجاً، معالجاً روحياً (Fadiman, 1997). وقد وصف فادرمان (Faderman, 1998) كيف رفع والدا الطفل ذو القدم المشوهة خِلقةً دعوى قضائية بسبب الإخفاق في حصوله على المعالجة الطبية المناسبة. من ناحية أخرى، رأى والدا الطفل أن قدمه المشوهة خلقةً قد حفظتهم من لعنات أخرى. يدرك الأمريكان الهومنغ المدارسَ الأمريكية ونظامَ الصحة على أنهما "مجال والديّ متعارض ومتداخل بالاعتداء على الأطفال" وتقويض سلطتهم (Faderman, 1998, p. 13).

يتوقع الأطباء الأمريكان المثقفون أن يتم الاستماع لهم واحترامهم. وعلى الرغم من أنهم يعتقدون أن الاستماع إلى الأعراض هو جزء من وظيفتهم، إلا أن الاستماع إلى المعالجة المقترحة ليس كذلك. وقد علّق أحد الأمريكان الهومنغ بشكل حزين بقوله: "الطبيب مثل الأرض والسماء. إنه يعتقد أنك لاجيء، لا تعرف شيئاً" (Fadiman, 1997, p. 62). عندما أُهملت التوصيات المقدمة من قبل الأطباء الأمريكيين، شعر الأطباء بعدم الاحترام وبالازدراء الموجه لهم –وذلك تماماً مثلما يشعر مرضاهم الأمريكيون الهمونغ غالباً عندما لا تؤخذ وجهات نظرهم بجدية أو تُفهم.

وعلى خلاف الأطباء الأمريكيين، لا يطلب شامان همونغ [الشامان: كاهن يستخدم السحر لمعالجة المرضى ولكشف المستور وللسيطرة على الأحداث] أجراً لقاء الخدمات؛ إذ يُتوقع من العائلة أن تعرف هذا وتكافؤه بشكل ملائم. إنه "أنموذج لبقية المجتمع الذي اهتم –بشكل مثالي- بشأن القوى غير المشكوك بها لعالم الغيب بشكل أكثر بكثير من الإمكانيات البعيدة للثروات في هذا العالم" (Faderman, 1997, p. 27). وقد وصف فاديرمان القيم النسبية للروحانية والمال في هاتين الثقافتين بقصتين وهما: رجل الهمونغ الذي تخلى عن الكنز الذي اكتشفه في الجبال، لأن أخذه سيزعج الروح المستريحة في ذلك المكان، والقرار الأمريكي ببناء مطار في مكان مقدس -"في الوقت الذي ما يزال الإله يعيش فيه" - مما سبب مرضاً للجنود ونزفاً في أنوفهم (p. 30).

ربما تكون العلاقات بين الأطباء الأمريكيين والأمريكيين الهمونغ معقدة بسبب أنماط التواصل غير العادية (الفريدة) (وذلك تبعاً للمعايير الأمريكية). فعلى سبيل المثال، غالباً ما يُنظر لطَرْحَ الأسئلة من أجل توضيح معنىً على أنه عدم احترام (ازدراء)؛ لذا يحتاج العاملون والأطباء الأمريكان إلى التأكد من أن مرضاهم الأمريكان الهومنغ يفهمون ما يقصدون بوضوح (Lao Family Community of Minnesota; Inc., 1997). علاوةً على ذلك، لا تعني كلمة "نعم" دائماً "نعم"، لكنها قد تشير ببساطة إلى أن المستمع قد سَمِع المتكلم. ولأن كلمة "لا" تفهم على أنها عدم احترام، فإن الأمريكي الهمونغ قد يشير بشكل لا يطابق المعقول إلى "لا" بقول "نعم". ثم إن بعض الأمريكيين

الهمونغ يبتسمون عندما يُنتقدون أو يُوبخون، الأمر الذي يُمكن أن يُساء فهمه على أنه سخرية أو إخفاق في التعامل مع الآخر بجدية، رغم أن ابتسامتهم قد تشير إلى الإحراج أو الحزن أو عدم الأمان.

- قارن بين وجهات النظر العالمية للأمريكيين الهمونغ ولأطبائهم، كما وصفت في تعبيرات الهمونغ هذه، وفي المناقشات السابقة، وفي جدول (8.4). كيف يُمكن أن يقود الصدام والتعارض بين وجهتي النظر العالميتين إلى مشكلات في عملهم سويةً؟
- قارن وجهة نظرك العالمية مع وجهة نظر الهمونغ العالمية. أين تقع في مشاكل أثناء عملك مع عائلة (لي) (الفصلين الخامس والعاشر)؟ كيف لوجهة نظرك العالمية ولأسلوبك الشخصي أن يكونا ناجحين في عملك معهم؟
- كيف تُعطي القيم الاجتماعية والثقافية معنىً للكيفية التي يُدرك بها الأطباء الإكلينيكيون المرض وللكيفية التي يقدمون بها تدخلاتهم؟ هل يمكنك تمييز أمثلة أخرى على كيفية تأثير القيم الاجتماعية والثقافية على فهم وإدراك المرض أو الصحة والنظر لهما؟
- ما الأمر الذي يحتاج إلى تغيير بحيث تتمكن عائلة (لي) والأمريكان الهمونغ الآخرون من الاستماع لأطبائهم والعكس بالعكس؟ ماذا يستطيع أطباء (لايا لي) أن يعملوا بفعالية أكثر مع هذه العائلة؟

تمييز هدف مشترك (عام) Identifying a Common Goal

لا تدعنا نتفاوض بدافع الخوف أبداً. بل دعنا ألا نخاف أبداً من التفاوض.
Jone F.Kennedy

ربما يكون الأطباء الإكلينيكيون والمرضى شركاء غير راغبين بالمعالجة، ويعانون من صعوبة في التفاوض على الأهداف المقبولة المتبادلة، إلا أن الأطباء الإكلينيكيين يحتاجون إلى البحث عن طرق ووسائل لإشراك المرضى في المعالجة. ويُمكن أن تساعد الاستراتيجيات الآتية المرضى والأطباء الإكلينيكيين على إيجاد الأرضية المشتركة والعمل معاً بفعالية.

ابدأ العمل من حيث هو المريض Work from where the Clinet is

لا بد أن يشعر المرضى أنهم مفهومون وآمنون بما فيه الكفاية من أجل التغيير. يستطيع الأطباء الإكلينيكيون إثارة الإحساس بالأمان عن طريق الاستماع بحرص لمرضاهم وتقبل تصوراتهم عن العالم. ولا يستطيع الطبيب الإكلينيكي أن يتدخل لمساعدة المرضى على إدراك المشاكل والمواقف التي يعانون منها بشكل مختلف إلا عندما يشعر المرضى بأنهم مفهومون (Ivey & Ivey, 1999). لاحِظ كيف أن مرشد ليام بشأن المخدرات والكحول يُعالج هذا ويتعامل معه.

رايان1: ما هدفك من الوجود هنا؟

ليام 1 : يعتقد القاضي والباحث الاجتماعي أنه يجب أن أكون هنا.

رايان 2: سمعتك تقول أن هذه كانت فكرتهم. أنا أتساءل لماذا يعتقدون بأنه من الضروري أن تكون هنا.

ليام 2 : لقد أخذوا أطفالي لأنهم يقولون أني كنت أُهملهم. [توقف مؤقت، يُطبق فكه] يقول القاضي أنه إذا أردت استعادة أطفالي، فيجب أن أراك.

رايان3 : [بلطف] هذا أمر قاسٍ.

ليام3: نعم، قاسٍ حقاً. أطفالي هم كل ما أملك. أنا أفكر بهم طوال الوقت –أفكر ما إذا كانوا بأمان وماذا يفعلون. أنا أريد فقط استعادتهم.

رايان4: أنت تريد استعادتهم. [توقف مؤقت] هل يقولون أنك تحتاج إلى تقديم الرعاية الوالدية بطريقة مختلفة؟ هل هذا هدفك أيضاً؟

ليام 4: أفترض ذلك. نعم، أعتقد ذلك. [توقف مؤقت]. أحتاج للتوقف عن الشرب، أيضاً. عندما أشرب، فأنا لست والداً جيداً.

لاحظ كيف يستمع رايان إلى ليام ويشارك بفهمه وإدراكه (في رايان 2)-ويدرك ليام هذا (ليام 3). وحالما يدرك ليام ويتقبل فهم رايان، فإن رايان يُمكنه البدء بمساعدة ليام على تمييز (تعريف) ووضع أهدافه (في رايان4).

ابنِ التزام المرضى نحو التغيير

Build Clinents' Commitment to Change

لا يدرك المرضى المشكلة في مرحلة ما قبل التأمل كما تراها وتدركها المحكمة أو الوالدين أو الزوج/الزوجة أو ربّ العمل (Prochaska, 1999; Prochaska & DiClemente, 1982). أما في مرحلة التأمل فإن المرضى متناقضون بشأن التغيير، يدركون منافع ومضار التغيير. وقد يمتلك المرضى في أي مرحلة أهدافاً مختلفةً عن أهداف أطبائهم الإكلينيكيين أو مصدر الإحالة.

ومن خلال تبادل الحديث مع (رايان) و(ليام) تَقَبَل رايان مشاعر ليام واستمع له بجدية. لقد احترم رايان خيارات ليام بينما حَمَّلَه مسؤولية نتائج قراراته. ولو أُجبرَ ليام على الانضمام إلى قسم الرعاية الوالدية فلربما أَصَرّ على موقفه ورفض. لكن عندما كان ذلك خيارُه فإنه كان راغباً بالالتزام بإحداث التغيير. لقد ساعد رايان كذلك في بناء وتعزيز التزام ليام عن طريق إظهار وتأكيد دافعية ليام نحو التغيير (في رايان3 ورايان 4)، "هذا أمر قاسٍ ... أنت تريد استعادتهم". وأكثر من ذلك، مَكَّن ليام رايان من أن يضع أهدافه الخاصة.

عالج معيقات التغيير Address Obstacles to Change

يبدو التغيير من الخارج بسيطاً وسهلاً. أما من الداخل فهو غالباً صعب. ربما يريد (ليام) أن يتغير، ولكن يجب عليه حتى يصبح أباً جيداً أن يُطوّر مهارات جديدة، والتي تستهلك وقتاً وتأتي دون ضمان النجاح. ويجب عليه أيضاً أن يعترف بأنه ارتكب أخطاءً كأب، وبأن اتباع منهجية أخرى قد يكون أفضل من المنهجية التي يتبعها حالياً. ويتوجب على ليام أن يخبر الآخرين بأن شربه للكحول أصبح مشكلة وبأنه ارتكب أخطاءً. ويحتاج ليام إلى تعريف وتمييز مسببات شربه للكحول، وإلى أن يجد طرقاً لتغيير سلوكه خلال تلك المواقف. ويحتاج كذلك إلى إيجاد أفضل الطرق للتعامل مع الضغط والانفعالات القوية الأخرى التي كَبَتها بالكحول. ويجدر به أن يُكَوّنَ أصدقاء جدد، ويجد تسلية جديدة بدلاً من شرب الكحول.

وعلى افتراض أن ليام يَمُر الآن بمرحلة التأمل فيما يتعلق بالتوقف عن شرب الكحول، فإن رايان يحتاج إلى إدراك ومعالجة كلٍ من جانبي ازدواجية (تناقضات) ليام، كلٍ من رغبته في التغيير ومعيقات عمل ذلك. إن العديد من الأطباء الإكلينيكيين مترددون بشأن طرح المشكلات للمناقشة ومعالجتها، معتقدين بأن ذلك قد يقوّض من كفاءة المريض الذاتية. لكنَّ التحدث حول الازدواجية (التناقضات) يُمكن أن يتم دون تقويض الأمل.

رايان5: يبدو أنك تريد أن تتوقف عن شرب الكحول، ويبدو أن استعادة أطفالك ستكون حافزاً حقيقاً لعمل ذلك. أتساءلُ، مع ذلك، عن الأمور التي يجب أن نستعد لها. ما الذي يُمكن أن يجعل التوقف عن الشرب صعباً بالنسبة لك في مثل هذا الوقت؟

ليام5: [يضع وجهه بين يديه] أنا أكره التفكير بذلك....

رايان6: التفكير بذلك صعب، لكن يُمكن أن يساعد على تهيئتك للتعامل مع المشكلات والتغلب عليها. [توقف مؤقت] هل حاولت ترك ذلك مسبقاً؟ ماذا حصل؟

ليام 6: حسناً. [توقف مؤقت] لقد كان أصدقائي أصعب شيء في آخر مرة حاولت بها ترك الكحول فجميعهم يشرب. وأنا ما كان بإمكاني إلا أن أخرج معهم أو أبقى في البيت لوحدي. أنا أكره أن أكون لوحدي.

رايان7: تلك أمور مهمة يجب أن نتناولها ونتعامل معها في المعالجة. هل من أمرٍ آخر؟

احترم نقاط قوة المرضى وإسهاماتهم في المعالجة

Respect Clients' Strengths and Contributions to Treatment

يعتبر إدراك نقاط القوة وتوظيفها أمر ضروري للمعالجة في أغلب الأحيان. إن هذه النشاطات تبني الأمل والثقة بالنفس والكفاءة الذاتية؛ وتقوي العلاقة العلاجية؛ وتزيد احتمالية التحسن والشفاء (Asay & Lambert, 1999, Lambert, 1992; Dunn & Dougherty, 2004; Lopez & Snyder, 2003).

وكما مَرّ في الحديث السابق، فهنالك عدة مواضيع يُمكن للأطباء الإكلينيكيين أن يعترفوا فيها بنقاط قوة المريض ويستخدموها. وعن ذلك أن ليام ملتزم بتغيير كُلٍ من سلوكيات شرب الكحول ورعايته لأطفاله، وهو راغبٌ في العمل على كل هدف، مع أن عمل ذلك قاسٍ وصعب بالنسبة له. إنه مُوجّه اجتماعياً وذو بصيرة، ويصف بسهولة بعض المواقف التي وضعته سابقاً في خطر الانتكاس. لقد أدرك رايان نقاط القوة هذه، مُسَوِيًّا (يجعله سوياً وطبيعياً) صعوبة مناقشة هذه القضايا في العلاج (رايان 6)، لكن معترفاً كذلك بأهمية الأنماط التي لاحظها ليام ووصفها (رايان 7). لقد كان ليام منفتحٌ وصادقاً مع رايان، ويبدو أنهما يطوران علاقة جيدة.

ابنِ الكفاءة الذاتية والإتقان، بدءاً بالأهداف ذات الاحتمال العالي للنجاح السريع

Build Self-efficacy and Mastery, Starting with a High Probability of Rapid Success

غالباً ما يدخل المرضى المعالجة يحملون عدداً من "الإخفاقات" المخفية، معتقدين في بعض الأحيان أنهم لن يكونوا قادرين أبداً على التغيير. إن المهام ذات الاحتمال العالي للنجاح يمكن أن تزيد من إدراكات المرضى بأن العلاج يُمكن أن يكون ناجحاً وبأن بإمكانهم أن يتغيروا. أن طلب رايان بأن يُراعي ويأخذ بعين الاعتبار المواقف والمواضع التي أوقعت في مشكلات الامتناع عن الكحول في الماضي يُمكن أن يُصاغ على أنه مهمة واجب بيتي يُمكن أن تكون ناجحة بحسب ما إذا كان ليام ممتنعاً، أو يشتهي شرب الكحول، أو يشرب. وهذا يسمح لريان بتطبيع شهوات ليام وإعادة صياغتها إلى مشاهدات مفيدة بدلاً من كونها مشكلة في الدافع للاستمرار بالشرب.

رايان 8: ليام، أنا مُعجبٌ بقدرتك على مراقبة وملاحظة أين ومتى وقعت ومررت بمشكلات الامتناع عن الكحول. [توقف مؤقت] هل يمكن أن توسع هذا الموضوع وتفكر متى وأين تشتهي شرب الكحول وذلك خلال الأسبوع القادم؟ سَجّل ملاحظاتك طوال الأسبوع. إن تضمين التفاصيل بقدر ما تستطيع سيكون مفيداً. [حسناً]. أريد منك أيضاً أن تراقب وتلاحظ الأوقات التي لا رغبة ولا شهوة لديك خلالها للشرب. إذ من المحتمل أن تقوم بعمل شيء خاص عند تلك النقطة بما أننا نريد منك أن تتطور وتتوسع.

ركّز على "الغابة"، بينما تحترم "أشجار" المرضى

Focus on the "Forest" While Respecting Clients' "Trees"

يحضر الكثير من المرضى في فترة "أزمة الأسبوع" للمناقشة. ومن المهم أن ترى الصورة الكليّة، لكن يجب على الأطباء الإكلينيكيين ان يتعاملوا مع أزمات مرضاهم بجدية. إن الانتباه والاهتمام بالصورة الكليّة يُوجّه أهداف المعالجة؛ ذلك أن مناقشة الأزمة الحالية توضح السياق الذي يُمكن أن يكون مفقوداً ما عدا ذلك، ويُمكن أن تقوي العلاقة العلاجية. ومثل تلك المناقشات يُمكن أن تساعد المرضى على إدراك التزام وتعهد أطبائهم الإكلينيكيين بالتعاطف والفهم.

رايان 9: ليام، يبدو أنك قد خسرت اللقاء عندما لم تتمكن من إيجاد من يَرعى أطفالك وقتما خططت للذهاب إلى ذلك اللقاء، لكن بما أنك قد رتبت وجَهزت الأمور في النهاية، فقد سَهلّتها على أطفالك وأجَلت لك إلى لقاء لاحق، أليس كذلك؟ [آهه] هل فكرت كيف يرتبط هذا بالقضايا التي كنا نتحدث عنها خلال الأسابيع العديدة الماضية؟

ليام 9: نعم. لم تَسر الأمور كما خططت لها وخسرت الموعد. لكني لم أتناول الكحول ذلك الوقت، ولم أضرب أطفالي، بل فكرت في الموضوع.

رايان 10: على الأقل لم تقم بعمل ذلك. وذلك تغيير كبير منذ شهر مضى.

لاحظ كيف انتبه رايان أولاً إلى أزمة ليام [بداية رايان 9] مؤكداً أنه وليام كانا على نفس المسار. لكنه بعد ذلك ربط هذا بهدف المعالجة الأكبر [نهاية رايان 9]. وبعمل ذلك، فإن رايان قد طوّر فهماً مشتركاً مع ليام، مما سمح له بالتدخل وإعادة تشكيل سلوك ليام بنجاح.

الخلاصة Summary

غالباً ما يكون التغيير صعباً، ذلك أن الأشخاص ربما يملكون عواطف وانفعالات مختلطة بشأن التغيير ويميزون عدداً من عقبات التغيير. وتتطلب مساعدة الأشخاص الفهم القوي لعملية التغيير. يدخل الأشخاص المعالجة في أماكن ومواضع مختلفة وبدوافع مختلفة للتغيير (Prochaska; 1999, Prochaska; & DiClemente, 1982). وإدراك هذه المستويات المختلفة من الالتزام بالتغيير يساعد على تعريف وتمييز الأساليب المناسبة للتدخل بالنسبة للمرضى الأفراد. وهذه المراحل هي:

- ما قبل التأمل: وتتميز هذه المرحلة بأن المرضى الذين يدخلونها غير واعين بأن لديهم مشكلة. لذا يجب أولاً على الأطباء الإكلينيكيين أن يزيدوا من وعي مرضاهم بأن لسلوكهم نتائج سلبية وأنه خاضع لسيطرتهم الخاصة.
- التأمل : يدخل كثير من المرضى العلاج متناقضين بشأن التغيير، فهم يرغبون بالتغيير لكنهم خائفون من نتائجه، ويرون له عقبات رئيسية، أو يشعرون بأمان وراحة حيث هم. وهنا يجب على الأطباء الإكلينيكيين الذين يعملون مع هؤلاء المرضى أن يعالجوا هذه العقبات، وأن يزنوا تكاليف ومنافع التغيير، وعليهم أيضاً العمل من خلال هذا التناقض.
- التحضير / الإعداد: خلال مرحلة التحضير/الإعداد يبدأ المرضى بعمل تغييرات صغيرة تهيؤهم لعمل تغييرات أكبر: التخطيط، والحصول على المعلومات، وكسب الدعم الإجتماعي، وحل المشكلة، والتأكد من أنهم يملكون المهارات المطلوبة.
- العمل/الإجراء: في هذه المرحلة يكون المرضى مستعدين للتغيير ويبدؤون التغيير بفعالية. ويساعد الأطباء الإكلينيكيون مرضاهم على تعريف وتمييز استراتيجيات تغيير السلوك من أجل توجيه عملية تغييرهم. ربما يبدأ المرضى ببطء أولاً، لكن من الممكن أن يصبح التغيير جوهرياً أكثر وأكبر عندما يُعزز ويُدعم.
- المحافظة: يتطلب معظم التغيير أكثر من عمل التغيير الأولي: أي أنه يتطلب مواصلة الالتزام بالتغيير أو المحافظة على ذلك التغيير. ويساعد الأطباء الإكلينيكيون المرضى على الإعتراف بأن التغيير هو عملية مستمرة وبأنَّ عليهم منع الزلاّت والهفوات أو معالجتها، ومساعدتهم كذلك على أن تكون مجرد زلاّت بدلاً من انحرافات.

ليست كل الأهداف مفيدة ولا هي بالضرورة تهدف إلى أن المرضى سيعملون برغبة تجاهها. لذا فالأهداف الجيدة هي أهدافٌ (أ) خاضعة لسيطرة المرضى، و(ب) موصوفة على شكل سلوك، (ج) وبإيجابية، (د) وبشكل محدد قدر الإمكان، (ه) وفي الوقت الحالي، و(و) مصاغة بلغة المريض الخاصة (Walter & Peller, 1992).

على أية حال، ربما يُميز المرضى والأطباء الإكلينيكيون أهدافاً مختلفة قد تعكس الاختلافات في القيّم أو في تقييم الأطباء الإكلينيكيين الضعيف لمرحلة التغيير التي يمر بها المريض. لكن الأطباء الإكلينيكيين الحكماء (واسعو الثقافة والاطلاع) يعملون من حيث يوجد مرضاهم، ويدعمون التزامهم نحو التغيير، ويعالجون معيقاته، ويحترمون نقاط قوة مرضاهم ومساهماتهم في المعالجة، ويبنون ويعززون كفاءتهم الذاتية والإحساس بالإتقان. وبينما يراعي الأطباء الإكلينيكيون اهتمامات مرضاهم الأفراد، فهم قادرون أيضاً على أن يروا كيف ترتبط الأزمات الأسبوعية بالقضايا الأكبر التي جلبت المرضى للمعالجة.

كيف تُطبق هذه القضايا في حياتك وعملك؟

خذ بعين الاعتبار خبراتك وتجاربك الخاصة مع التغيير:

1. عَرّف وميّز مرحلة تغييرك المتعلقة بالتغيير الذي أحدثته أو حاولت القيام به. ما مدى صعوبة التغيير؟ كيف كان هذا المستوى من الصعوبة مُتأثراً باستعدادك للتغيير؟
2. هل هنالك تغييرات يعتقد الآخرون أنه يجب عليك إحداثها في حين أنك لا تراها مهمة؟ كيف تعاملت مع هذه الصراعات (التناقضات) المحتملة؟
3. بالنسبة للمشكلة الحالية التي تمر بها في حياتك: ما هي أهدافك للتعامل معها ومعالجتها؟ كيف يُمكن لنقاط ولمواطن قوتك أن تكون نافعة في النظر إلى المشكلة أو حلّها؟ ما هي استثناءات المشكلة التي توجهك وتخبرك عن الكيفية التي يُمكنك من خلالها أن تتعامل مع المشكلة وتعالجها؟

9 الفصل التاسع

تطوير التصورات المفاهيمية للحالة وخُطط المعالجة
Developing Case Conceptualizations and Treatment Plans

إلى أين نتجه؟

1. ما هي العوامل التي تسهم في إيجاد تصورات مفاهيمية قوية للحالة؟
2. كيف يمكن أن تصبح التصورات المفاهيمية للحالة متحيزة؟ كيف يستطيع الأطباء الإكلينيكيون التقليل من هذا التحيز؟
3. لماذا يُعتبر إدراك نقاط القوة هاماً للمعالجة؟
4. لماذا يجب على الأطباء الإكلينيكيين كتابة واستخدام خطط المعالجة؟
5. كيف يكتب الأطباء الإكلينيكيين خطط المعالجة؟
6. كيف يقيّم الأطباء الإكلينيكيون المعالجة؟

يُمكن أن يخدم حُكم السيدة ييتس كتحذير لمنع المآسي المستقبلية
Yates Verdict Can Serve as Warning to Prevent Future Tragedies

إنّ المنظمة المنظمة الوطنية للمرأة مضطربة بسبب الحكم بتجريم (أندريا ييتس) في محاكمة 12 مارس / آذار، ونتائج تلك المحاكمة بالنسبة لامرأة واحدة من ألف أم جديدة سيعانين من ذهان ما بعد الولادة. إن مجتمعنا لا يستطيع أن يخلي مسؤوليته أو يتبرأ من هذه المأساة بسجن ييتس مدى الحياة أو معاقبتها بالموت.

مَن يشترك في تحمل مسؤولية حالات الوفاة الخمس هذه، ومن الممكن حالة وفاة أخرى؟ ماذا عن المستشفى الذي أرسَلَ إمرأة مصابة بالذهان وبشكل خطير إلى البيت؟ ماذا عن الطبيب الذي أوقف بشكل غير قابل للتوضيح دواء ييتس المضاد للذهان ثلاثة عشرة يوماً قبل هذه المأساة؟ ماذا عن نظام الدعم والمساندة غير الفاعل والضعيف الذي ترك أندريا ييتس، موهومة وانتحارية، لوحدها مع خمسة أطفال؟ لقد فشل نظام الرعاية الصحية والمؤسسة الطبية جميعهم.

هل نتخذ إجراءً قبل أن تُعيد هذه القصة نفسها؟

هذه الحالة ليست وضعاً معزولاً. نحن بحاجة ماسة للبحث في سبب الحالة ومعالجة ذهان ما بعد الولادة، ونحتاج إلى نظام رعاية صحية لا يكون قاصر الاهتمام عندما يتعلق الأمر بالمرض العقلي. تلك النساء وعائلاتهن بحاجة إلى الاهتمام الطبي الكامل، وإلى المعلومات الكلية عن الحالة ومخاطرها، وإلى المساعدة والعون في البيت، وإلى التثقيف العام واسع الانتشار. لقد كانت العلامات التحذيرية موجودة لدى أندريا ييتس، ولسوف تكون موجودة ثانية لدى امرأة أخرى –يُمكن أن يمنع المعالجة والدعم المتزايدان أزمة الصحة العقلية من التحول لتصبح قاتلة.

لقد اعترفت النيابة العامة بأن ييتس كانت مصابة بمرض عقلي في الوقت الذي أغرقت فيه أطفالها، ومع ذلك فإن هيئة المحلّفين أدانتها بالجريمة الرئيسية، التي يُمكن أن تحمل عقوبة الموت. لسوء الحظ، كان لا بد من أن تتخذ هيئة المحلّفين قرارها ضمن الإطار الضيق لقانون تكساس، وكأعضاء في مجتمع ذو إدراك وفهم قليل بالمرض العقلي بشكل عام وباضطراب ذهان ما بعد الولادة بشكل خاص.

في مرحلة الحكم القضائي، يجب على هيئة المحلّفين أن تختار عقوبة الموت (لأندريا ييتس) أو أن تُمضي بقية عمرها في السجن. وفي بلدة هارس، في تكساس، حيث تمت محاكمة أندريا، أُعدِم عدد من الناس أكثر من أي بلدة أخرى في الولايات المتحدة. والآمال معقودة الآن بأن ترفض هيئة المحلّفين هذا الاتجاه البربري من خلال رفض إضافة حالة وفاة أخرى إلى هذه المأساة. (Gandy, 2002)

1. مَن أو ما المتسبب بجرائم القتل من وجهة نظر السيدة غاندي؟ ما التوصيات التي تقدمها السيدة بيتس حول الكيفية التي يجب أن يتم التعامل بها مع أندريا بيتس؟
2. هل تختلف وجهة نظر السيدة غاندي عن وجهة نظرك؟ إذا كان كذلك، كيف؟ إذا كنت تكتب خطتي معالجة عن التصورات المفاهيمية المختلفة لهذه الحالة –تصوراتك وتصورات السيدة غاندي- فكيف يمكن أن تختلف الخطتان من حيث تعريف المشكلات، والأهداف والتدخلات؟
3. هل تُغيّر حُجَّة (مناظرة) السيدة غاندي وجهة نظرك حول السيدة بيتس؟ إذا كان كذلك، فكيف؟ بماذا يوحي هذا فيما يتعلق بعملية التصور المفاهيمي للحالة؟

التصورات المفاهيمية للحالة Case Conceptualizations

> إذا تقابلنا في الاتجاه الصحيح، فكل ما علينا فعله هو المحافظة على المسير.
> مَثَل بوذي
> Buddhist Proverb

يقدم وصف غاندي (Gandy, 2002) لأندريا بيتس وجهة نظر مختلفة جذرياً عن تلك التي استُخلِصَت بشكل عام. إنها توضح طبيعة التصورات المفاهيمية للحالة (Case Conceptualizations). إن بيان (تصريح وإفادة) غاندي، كما التصورات المفاهيمية الأخرى للحالة، هو مجموعة متكاملة ومتطورة من الفرضيات المتعلقة بالقوى التي تدفع الشخص وتحركه وبأسباب ومعالجة تقديم المشكلة. وبالمثل لبيان غاندي، فإن التصورات المفاهيمية للحالة تؤدي إلى نوع من الخطة الإجرائية (خطة العمل)؛ أما بيان غاندي بشكل محدد فيؤدي إلى الإجراء السياسي. وفي العمل الإكلينيكي، تؤدي التصورات المفاهيمية للحالة بشكل طبيعي إلى خطة لمعالجة الفرد أو العائلة.

وتعتمد التصورات المفاهيمية القوية للحالة على تقييمات المريض، والمقابلات معه، والملاحظات حوله. وتؤدي التصورات المفاهيمية القوية إلى تمييز وتعريف بعض المشكلات، والأهداف، والتدخلات. وكما أظهر بيان غاندي، فلن يتوصل كل فرد إلى نفس النتائج حول طبيعة المشكلات التي ستُعالج والأهداف المناسبة للمعالجة. لذا فإن وجهات النظر (الآراء) النظرية المختلفة تؤدي إلى صور مفيدة مختلفة للشخص والأعراض (c.f., Allen, 2005 ; Chasin, Grunebaum, & Herzig, 1990; Saltzman & Norcross. 1990). وعلى سبيل المثال، يؤكد المعالجون السلوكيون العقلانيون الانفعاليون على دور المعتقدات اللاعقلانية؛ أما المعالجون الإدراكيون السلوكيون فيدركون على أنماط التفكير ونقائص المهارة. في حين يؤكد المعالجون الأسريون البنائيون على التسلسلات الهرمية والحدود في نظام العائلة، بينما يؤكد المعالجون المنادون بالمساواة بين الجنسين على قضايا السلطة والظلم والسياقات الاجتماعية والسياسية التي تحدث فيها (انظر الجدول 9.1). وتتأثر التصورات المفاهيمية للحالة أيضاً بالبحث المتوفر وتفضيلات المريض والطبيب الإكلينيكي.

ربما يختار الأطباء الإكلينيكيون والمرضى أيضاً (المرشد والمسترشد) من بين التدخلات الممكنة، وذلك على أساس الوقت، والتكلفة، والآثار الجانبية المحتملة.

وكما يُرى في الجدول (9.1)، فإنه لا يوجد طريقة واحدة "صحيحة" للتصوير المفاهيمي لمشكلات الشخص؛ إذ إن معظم الناس يُمكن أن يكونوا مفهومين بشكل جيد من خلال وجهة نظر عدد من النظريات. وهذا يُمكن أن يحبط الكثير من طلبة الطب السريري المبتدئين، الذين غالباً ما يكونون أكثر راحة بمعرفة الإجابة "الصائبة" الصحيح. ثم إن تطوير التصورات المفاهيمية المتعددة للمرضى، من جهة أخرى، يقوي فهم الأطباء الإكلينيكيين لدور البحث والنظرية بالإضافة إلى زيادة قدرتهم على التدخل بمرونة.

ويُمكن أن يُعرف تنظيم المقابلة والبيانات التاريخية في صورة تاريخ اجتماعي نفسي ويُميّز الفرضيات التي أُهمِلت ويجعل عملية التصور المفاهيمي للحالة أكثر إنتاجية وشمولاً. أما جمع التاريخ الاجتماعي النفسي ذا التصور المفاهيمي بشكل واسع فيُمكن أن يتحدى التحيّز ويمنع الأطباء الإكلينيكيين من فقد المعلومات التي لا تناسب بسهولة بتصوراتهم المفاهيمية للحالة. ويصف كوتلر (Kottler, 2004) أهمية التقييمات الدقيقة والحذرة كما يأتي:

لا تؤجل عندما تتردد بالإجابة عن استفسار المريضة المتعلق بالكيفية التي ستساعدها بها؛ لأنك ستكون أحمقاً إن حاولت بأي تدخل دون فهم كامل لما تحاول إنجازه. إن ذلك يشبه ذهابك إلى الطبيبة وأنت تشتكي من آلام في المعدة فقامت بإدراج اسمك فوراً على قائمة الجراحة دون إجراء الفحوصات المناسبة لتحديد المشكلة. (p.198)

في مادة الحالة الآتية، تخيل كيف أن الأطباء والمعالج والأخصائيين الاجتماعيين المتابعين لحالة روثي سكليمجن (Ruthie Schlimgen) لربما قرروا التدخل عندما تم تشخيص مرضها بالتهاب المفاصل الروماتزمي. كيف يمكن لهذه المعلومات أن توّجه تصورهم المفاهيمي للحالة والمعالجة؟

جدول (9.1):

أمثلة على التفسيرات النظرية لأعراض الاكتئاب لدى أندريا بيتس ومنهجيات المعالجة المطابقة.

النموذج البيولوجي (الحيوي): لقد كان لدى السيدة بيتس قابلية بيولوجية (حيوية) للاكتئاب، خاصة بعد التغييرات الهرمونية المرافقة للولادة. ويُمكن أن تواجه هذه التغييرات عبر مجموعة متنوعة من المعالجات الطبية، بما فيها الأدوية المضادة للاكتئاب والمضادة للذهان والعلاج بالصدمة الكهربائية.

نموذج التحليل النفسي: لقد حفزت طفولة السيدة ييتس تطويرها لأنا عليا (Superego) دقيقة وصارمة أكثر مما ينبغي، وقادتها إلى إهمال احتياجاتها الخاصة. وقد عزّز زواجها هذا النمط. لقد كانت الأنا (Ego) لدى السيدة ييتس ضعيفة نسبياً وغير قادرة على المفاوضة بين طلب الأنا العليا ودوافعها المهملة في أغلب الأحيان وغير المقبولة. وهي تتعامل في الغالب مع هذه الصراعات باستخدام الإسقاط. لذا يجب أن تركز المعالجة على وضع توقعات أكثر معقولية وعلى تقوية قدرتها على المفاوضة بين دوافع الهو (Id) والأنا الأعلى الصارمة والمطلبية (المُلِحة) (بين الوعي واللاوعي).

النموذج المعرفي: تمسكت السيدة ييتس بتوقعات صارمة (قاسية) ولاعقلانية عن نفسها وأطفالها. وقد كانت هذه التوقعات والمعتقدات في أغلب الأحيان ثنائية التفرع (جيد مقابل سيء) وغير واقعية. وعلى هذا، يجب على المعالجة أن تعلم السيدة ييتس أن تدرك وتعي معتقداتها وكيف تؤثر هذه المعتقدات على تفسيراتها للمواقف، خاصة أثناء فترات الانفعالات السلبية المتطرفة. ثم يُمكن أن تتعلم تحدي معتقداتها اللاعقلانية وتمييز أساليب وطرق أصح من الملاحظة (المراقبة والإدراك) والتفكير بنفسها وعالمها.

النموذج المتمركز حول الشخص: نشأت السيدة ييتس في بيئةٍ قاسية أخفقت في قبولها (قبول السيدة ييتس) كما كانت. ونتيجة لذلك، تعلمت بأنه كان لا بد من أن تبدو شخصاً آخر بخلاف ما هي عليه حقيقة لكي تكون مقبولة لدى الآخرين. إن الاستماع لها بتعاطف وصدق، وتقبلها كما هي —الشخص غير السليم، والمرأة التي قتلت أطفالها- سيسمح لها بالبدء بقبول نفسها كما هي وَ، للمفارقة، للبدء بإجراء تغييرات تُحقق مفهموم الذات لديها.

النموذج متعدد الثقافات: يُمكن فَهمُ السيدة ييتس من ناحية عرقها وجنسها (نوعها) وطبقتها الاجتماعية ودينها والتأثيرات الثقافية الأخرى التي دعتها، باختصار، لتضع معايير عالية وغير واقعية لنفسها؛ ولتكبح غضبها وتتفادى مناقشة القضايا والمشكلات؛ ولتعتني بالآخرين بينما تجعل احتياجاتها الخاصة أدنى الأولويات و، في النهاية، لتقتل أطفالها. لذا يجب على المعالجة أن تساعدها على إدراك هذه التأثيرات، وفي نفس الوقت على تعريف وتمييز طرق أكثر مرونة للاستجابة لهذه الضغوط.

إنه ليس بسيطاً جداً It's Not So Simple

روثي سكلمجن Ruthie Schlimgen

شُخِصت حالة روثي سكلمجن البالغة من العمر الثالثة والأربعين بإصابتها بالتهاب المفاصل الروماتيزمي. عندما شُخِصت في البداية، اعتقدت أنها تعاني من شكل حميد وغير تقدمي من المرض. وبوجود هذا الاعتقاد فقد تناولت دواءها فقط عندما كان ذلك ضروري جداً –عندما لم تعد تستطيع القيام بعملها أو تحمل الألم. لقد فُهِم هذا القرار في ضوء الأحداث الأولى في حياتها.

ورغم أنها كانت امرأة قوية وصريحة، وكذلك حازمة جداً في أغلب الأحيان فيما يتعلق بالظلم الفردي والاجتماعي، إلا أنها كانت ازدواجية (متناقضة) فيما يخص جسدها ومعالجتها.

لقد تعرضت للإساءة الجسدية والعاطفية والجنسية عندما كانت فتاة يافعة. وقد تعلمت الشك بالآخرين (عدم الثقة) وعدم طلب المساعدة من أحد. وتعلمت أيضاً أن احتياجاتها كانت غير مهمة عند مستوى معين.

كانت هذه الرسالة متوافقة مع الرسائل الثقافية والعائلية الأخرى. فوالدتها اعتنت بكل الأشخاص الآخرين قبل أن تعتني بنفسها. وبالمثل لوالدتها، وضعت روثي نفسها "في آخر قائمتها" وأصبحت، كما وصفت نفسها، "الألماني، الأبله الرواقي[1]". اعتقدت بأن باستطاعتها أن تقدم للناس شيئاً واحداً فقط: قدرتها على الاعتناء بهم. وقد تساءلت فيما إذا كانت تستحق أن يُعتنى بها. هل يتدخل أي شخص للاعتناء بها إذا احتاجت ذلك؟

كانت روثي تعاني أيضاً من حالة قلبية لم تُشخص حتى الثالثة عشرة من عمرها. وإلى أن شُخِصت حالتها –وحتى بعد ذلك- شُجِّعت على إهمال جسدها وما يُخبرها به. وبالرغم من تلقيها عشرات الآلاف من الدولارات لفحوصات نقص المناعة الذاتية المكتسبة (الإيدز) وحالات القلب وسرطان الدماغ وسرطان الثدي وسرطان العظام واللوكيميا وداء الذئبة (داء جلدي) وتصلب الأنسجة المتعدد ومرض الغدد الليمفاوية وأمرض المناعة الذاتية الأخرى، إلا أن الأعراض الجسدية المُبهمة التي كانت تنتابها ظلت غير مشخصة حتى بلغت سن الثالثة والأربعين. وعند كل اشتداد للأعراض كان يُقال لها بأنه لا توجد مشكلة. لقد شعرت بأن جسدها لم يكن ملكها وبأن الآخرين لم يحترموا آراءها بشأن ذلك. لقد كانت في وضع "مأساوي"، وكانت "مصابة بوسواس المرض".

---

1 الرواقيّ: الشخص الذي يجب أن يتحرر من الانفعال ولا يتأثر بالفرح أو الترح (الحزن)، والذي يجب أن يخضع من غير تذمر لحكم الضرورة القاهرة – الشخص المُتحمّل.

وبما أن لروثي تاريخ طويل من المشكلات النفسية، فقد تساءل أطباؤها أيضاً ما إذا كان اضطراب نبضات قلبها ناجم عن اضطراب الهلع، أو ما إذا كان ألمها نفسي المنشأ أو ثانوياً نتيجةً للاكتئاب. ومع ذلك، كانت تُعدّل من مزاجها وعلاقاتها على نحو جيد –في عمل مجهد جداً– وكانت تعيش بشكل جيد دون أدوية نفسية لمدة ثلاث سنوات. ولا تزال تقوم بالشيء ذاته الذي تعمله لتبقي نفسها في وضع صحي جيد –أي الاعتناء بذاتها نفسياً– وهو أن تضع نفسها في الخطر جسدياً:

كنت أركز على الأمور النفسية. كنت أركز على ألا أصبح مكتئبة لأن ذلك كان دائماً أمراً كبيراً جداً بالنسبة لي. لقد قمت بعمل جيد بتجاهل تلك الحماقة، ولكنني بعد ذلك تجاهلت التلميحات الجسدية التي كانت تصرخ عليّ، والتي أهملتها حتى أستمر في العمل والاعتناء بالناس الآخرين. لذا خرجت بتلك الطريقة عن التوازن.

روثي أمٌ لابنتين بالغتين تعيشان لوحدهما، وهي تمارس السحاق بعلاقة ملتزمة منذ خمسة عشر عاماً. تلقت روثي مساندة كبيرة من عائلتها وأصدقائها، لكنها واجهت أيضاً تمييزاً وإجحافاً كثيرين. لقد أخبرها تجمع حماية الكنسية التي تنتمي إليها بأن مصيرها جهنم إذا خرجت عن تعاليمهم. وقد رفضت مدرسة ابنتها العليا السماح لشريكها بحضور مؤتمرات الآباء والمعلمين. وقد كان لهذا الشريك منافع من تأمينها الصحي، ولكن شركة التأمين اعترضت على هذه المنافع عندما أصبحت تكاليف معالجة روثي الصحية متزايدة. ومن حين لآخر كانت تجد روثي وشريكها باب ونوافذ شقتهما مدمرين. وقد تعلمت الدفاع عن حقوقها وفي نفس الوقت أن تمسك لسانها.

في فترة التشخيص، كانت روثي مع شريكها يتقدمان لصفقة شراء منزل. وقد كان من الصعب عليها الاعتراف بأنها تعاني من مشكلات صحية هامة بينما تواصل متابعة شراء المنزل مع شريكها. إن تناقضها حول مشاركة شريكها بمخاوفها وما يقلقها، والذي شاركته سابقاً كل شيء، كانت قد ازداد تعقيداً بحقيقة أن شريكها كان مكتئباً جداً وقد حاول الانتحار في العام الماضي.

تأثرت قدرة روثي على الاستماع إلى تشخيص حالتها ومتابعة خيارات وفرص المعالجة أيضاً بقضايا العمل والقضايا المالية. فقد أدارت روثي قسم الموارد البشرية في مؤسسة صغيرة وكان ما تتقاضاه كافٍ فقط لوضعها فوق خط الفقر. وهي لا تستطيع أن تتحمل ترك العمل لأنها احتاجت إلى مزايا الرعاية الصحية التي تتلقاها. أما فواتيرهما الأخرى (روثي وشريكها) فقد شكّلت نسبة كبيرة من راتبها كل شهر، وحتى يتم تسديدها، فقد سرقا غالباً بيتر لتعويض بول. وروثي لا تستطيع أن تتحمل أخذ يوم إجازة واحد فقط من العمل لأنها كانت متألمة، لذا كان لا بد أن تعمل وهي تتألم في أغلب الأحيان.

تحمل روثي أيضاً تاريخاً هاماً من تعاطي المخدرات الذي بدأ في فترة مراهقتها واستمر إلى الثلاثينات من عمرها. وهي الآن قلقة حول أن تصبح مدمنة مرة ثانية. لذا فقد فضلت غالباً البقاء مع الألم، وبدلاً من إقلاق عائلتها وأصدقائها فقد صمتت.

مع بعض الاضطرابات المؤلمة المزمنة يكون الدواء هو الخيار. لذا ربما تتضمن المعالجة تعليم الفرد كيف يتحمل أو يُغيّر الألم، أو كيف يصرف انتباهه عنه. ولكن التهاب المفاصل الروماتزمي مختلف. فالألم المرتبط بالتهاب المفاصل الروماتيزمي يدل عادةً على اشتداد المرض، وخاصة التهاب المفصل. ومعظم هذا الالتهاب مزمن ومستمر. لذلك، عندما يعاني الشخص المصاب بالالتهاب المفاصل الروماتزمي من الألم، فإن المرض يُهاجم فوراً ويتقدم تدريجياً. لقد عَنىَ اشتداد المرض الذي دام لأسابيع، كما حصل لروثي، ضرراً إضافياً كبيراً. فقد كان طبيبها غاضباً لأنها أخفقت في اتباع تعليماته وساومت على صحتها. من جهة أخرى، هي لم تسمعه يخبرها بهذه الأمور.

"[كنت] أعتني بنفسي على مستويات عدة، ولكنني ما زلت لا أعمل ما أحتاج لعمله بشأن ما كان من الواضح أنه مرض خطير جداً. أنا لم أفهم كم كان مدى خطورته."

وبالتالي، كيف تُبلغ عن الأعراض عندما لم تؤمن بها في الماضي؟ كيف تكون صبوراً في حين سيضع ذلك عبئاً أكبر على عائلتك؟ كيف تطلب المساعدة في حين لم تُشجّع للتعبير عن حاجاتك أو للتوقّع بأن حاجاتك سَتُلَبَى؟ (استُخدِمت مادة الحالة والاقتباسات بعد الموافقة).

1. طَوّر جدولاً زمنياً وتاريخياً اجتماعياً نفسياً لروثي. ما المعلومات الأخرى التي تريدها؟ لماذا؟ كيف يمكن أن تؤثر العوامل المُعرّفة في الجدول الزمني والتاريخ الاجتماعي النفسي على تفضيل (خيار) روثي لاستراتيجيات المعالجة؟

2. ما هو تصورك المفاهيمي لمشاكل روثي عند التعامل مع صحتها؟ كيف يُراعي ويعكس تصورك المفاهيمي للحالة سياق حياتها؟ طوّر على الأقل تصوراً مفاهيمياً آخر للحالة من وجهة نظر نظرية أخرى.

3. لو كنت عَالِم الصحة النفسي المسؤول عن روثي. ماذا ستكون أهدافك حتى تعمل معها؟ لماذا؟ هل تعتقد بأنها ستكون راغبة في العمل معك بهذه الأهداف؟ لماذا؟ لماذا لا؟

4. أراد طبيبها أن يعالج بشدة مرض التهاب المفاصل الرماتزمي لديها مهما كلف الأمر، وذلك ما لم تكن راغبة بعمله. لو كنت باحثاً اجتماعياً وتعمل في مكتب هذا الطبيب، كيف تتعامل مع هذه النزاع بينهما؟

5. كيف يتبدل استعداد روثي للتغيير خلال عملية التشخيص؟ ما الذي ساعدها للقيام بذلك التبدُّل (التحول)؟ ماذا تعمل لمساعدتها على الالتزام بالتغيير؟

البحث يُخبرُنا عن المعالجة Research Informs Treatment

لو تنظر فإنك ستجد شيئاً في العادة، لكنه ليس دائماً الشيء الذي كنت تبحث في أثره. J.R.R.Tolkien

عند تطوير تصور مفاهيمي للحالة، فإن الأطباء الإكلينيكيين يعتمدون على البحث كثيراً في قضية أو مشكلة أو مجموعة. ويساعد هذا البحث الأطباء الإكلينيكيين على تطوير فهمهم وتصورهم المفاهيمي للحالة. ما هي الاضطرابات المرضية المُختلطة التي يُمكن توقعها؟ ما هي أنواع المعيقات المثالية التي يُمكن توقعها أثناء المعالجة؟ ما هي استراتيجيات المعالجة الأكثر فعالية؟ ما هي المعالجات المُساعِدَة التي تزيد من فاعلية المعالجة؟ ما الذي يجعل المعالجة أقل فاعلية؟ ما هي عوامل الخطر التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار؟ ما هو دور الدواء، إن وجد، في المعالجة؟

ويجب أن يأخذ الأطباء الإكلينيكيون ثقافة/ثقافات المريض بعين الاعتبار أيضاً. ما هي التحديات أو الضغوطات التي يواجهها الأشخاص الذين ينتموت لخلفيات المريض الثقافية بشكل أنموذجي؟ ما هي القيم العامة المشتركة بشكل عام؟ ما هي الرسائل التي يتلقاها الأشخاص أصحاب هذه الثقافة بشكل عام عن النفس والعائلة والجنس والوالدية (الأبوة أو الأمومة) وعن أجسادهم؟ ما هي الموارد والمساندة المتاحة بشكل عام؟ ما هي غير المتاحة؟ بالإضافة إلى ما تمت مناقشته في الشكل (4.2)، فإن العديد من الأشخاص يُعرّفون بمجموعات متعددة. فعلى سبيل المثال، عُرفت روثي سكليمجن على أنها إمرأة، وسحاقية، وأمريكية من أصل ألماني، وأم، ومدمنة تتعافى من الإدمان، وشخص مصاب بالتهاب المفاصل الروماتزمي. أما أندريا بيتس فعرّفت على أنها مسيحية، وزوجة، وأم، وابنة، وامرأة.

يَحضُر في معظم الممارسات عدد من المرضى بمشكلات أو قضايا متشابهة (مثل: الاكتئاب، أو القلق، أو إساءة استخدام المواد، أو الضعف الإدراكي). والمعرفة التي يحصل عليها الأطباء الإكلينيكيون من خلال بحث (استقصاء ودراسة) المشكلات تطوّر خبرة" مفيدة للعديد من المرضى. حتى عند العمل مع شعب متجانس نسبياً، فإن الأطباء الإكلينيكيين سيختارون المرضى الذين لديهم قضايا تقديم جديدة. وعلى سبيل المثال، في برنامج العلاج العائلي البيتي، ربما يكون الكثير من الأطفال والمراهقين مكتئبين أو مقاومين، ويعانون من مشكلاتً مدرسية أو قانونية؛ ومن ناحية ثانية، ربما يكون المرضى العرضيون يعانون من سلس البول أو مُشخصين باضطراب الفوضى الاستحواذية

الإلزامية. وقد يعمل الأطباء الإكلينيكيون بشكلٍ عام مع السكان الأمريكيين الأفارقة، لكنهم في بعض الأحيان يعملون مع الأمريكيين اللاتينيين. وحيث أن القضايا الجديدة والسكان (الشعوب) الجدد موجودين، فإن الأطباء الإكلينيكيين الحكماء (واسعي الثقافة والإطلاع) يُجرون بحثاً إضافياً.

Food for Thou غذاء للفكر

- يصاحب الاكتئاب غالباً التهاب المفاصل الروماتيزمي (انظر الجدول 9.2) بتقديم هذا المُلخص الموجز، كيف تقتربُ من معالجة اكتئاب روثي سكليمجن؟ كيف يتناسب البحث الملخص هنا مع تصورك المفاهيمي للحالة؟
- ماذا يتضمن البحث جدول اكتئاب ما بعد الولادة بشكل عام؟ كيف يُخبر هذا البحث عن معالجتك لأندريا ييتس؟ كيف لهذه المعرفة أن تتفاعل وتكمل فهمك لأسلوبها وثقافتها وسياقها الشخصي؟
- انظر إلى البحث حول اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. كيف يُمكن أن يؤثر هذا البحث على فهمك لسلوك ريموندو سانتشيز؟ كيف يُمكن أن تؤثر خلفيته كَذَكر بورتوريكي، تربى في شيكاغو، ونَشطَ في عصابة، على كيفية تصورك المفاهيمي لسلوكه؟

جدول (9.2):

ملخص نتائج البحث حول العواقب (النتائج) الاجتماعية النفسية والتدخلات المتعلقة بالأشخاص الذين يعانون من التهاب المفاصل الروماتيزمي (RA).

يرتبط مرض التهاب المفاصل الروماتزمي (RA) بالمستويات الخفيفة إلى المعتدلة من الاكتئاب، رغم أن ذلك الارتباط ليس بالضرورة أن يكون بدرجة أكبر بالنسبة للأمراض المزمنة الأخرى.

حتى المرضى المصابون بالتهاب المفاصل الروماتزمي المصحوب بمستويات منخفضة من الاكتئاب يستخدمون الخدمات الطبية بدرجة عالية جداً، وهم ذوو أنشطة وظيفية منخفضة، وإعياء (تعب)، ونوعية حياة معدومة (منخفضة).

يتعلق كلٌ من العزو السلبي المرتبط وغير المرتبط بالتهاب المفاصل الروماتزمي بالاكتئاب.

تُعتبر مستويات التوتر الاجتماعي ذات صلة وثيقة إن كان الشخص المصاب بالتهاب المفاصل الروماتزمي مكتئباً.

يقلل التفاؤل من خطر المشكلات الصحية الإضافية بالنسبة للأشخاص المصابين بالتهاب المفاصل الروماتزمي ويبدو مرتبطاً بمخرجات أفضل على حد سواء.

إنَّ عدم الرضى عن القدرة الحالية لأداء المهام الجسدية التي كانت ذات قيمة سابقاً -بدلاً من العجز بحد ذاته- هو المؤشر الأكثر أهمية على الاكتئاب عند الأشخاص المصابين بالتهاب المفاصل الروماتزمي.

يُعاني الأشخاص المصابون بالتهاب المفاصل الروماتزمي الذين يستخدمون الكفاح النشط (أسلوب التغلب على المشكلات) والتعامل الديني من ألم واكتئاب أقل وحالة نفسية أفضل من أولئك الذين يميلون إلى الاعتماد على استراتيجيات الكفاحً السلبية.

يبدو إشراك أفراد العائلة في المعالجة أمراً مُساعداً جداً بالنسبة للأشخاص المصابين بالتهاب المفاصل الروماتزمي وقد يكون مساعداً كذلك لكل أفراد الأسرة.

ملاحظة: من
(Abraido-Lanza. Vasquez. 2004; Chaney et al.. 2004; Dickens. Creed. & Bernstein. 1999; Neugebauer. Katz. & Pasch. 2003)

لكل شخص نقاط قوة Everyone has Strengths

يتحقق النجاح بتطوير نقاط قوتنا، وليس بالقضاء على نقاط الضعف.
Marilyn vos Savant

عندما يحضر المرضى للعلاج فإنهم لا يكونون بأفضل أحوالهم بشكل عام. وخلال الأزمة، ربما يتركز انتباههم على الأمور التي لا تعمل (ليس لها فائدة- لا تُنتج). فهم ربما يعتمدون على استراتيجيات الكفاح والتحمل (التغلب على المشكلات) سيئة التكيف. وربما يصفون الأجزاء المُشكِلَة من حياتهم فقط، إما لأنهم يعتقدون أن ذلك هو ما يهتم به طبيبهم الإكلينيكي، أو لأنهم يريدون التأكد من أن طبيبهم الإكلينيكي يدرك المُساعدة الهامة التي يحتاجون إليها. أحياناً يُخفق الأطباء الإكلينيكيون في البحث أو السؤال عن نقاط القوة. وعلى الرغم من أن مجال علم النفس الإيجابي لا يزال في بدايته، إلا أن لوبيز وسنيدر (Lopez & Snyder, 2003) يفترضان أن لكل شخص نقاط قوة. إنهما يشيران إلى أن الدليل الأولي يُلمح إلى أن استخدام وتطوير نقاط قوة المريض يرفع من الإنجاز المدرسي: ويقود إلى عمل منتج ذو معنى؛ ويُحسذن الصحة الفكرية. ويحتاج الأطباء الإكلينيكيون إلى الاهتمام بكلٍ من نقاط قوة الأشخاص ونقاط ضعفهم، وكلاهما سِمات مقبولة للشخص بصورة متساوية (Evans, 1993; Lopez & Snyder, 2003; Lopez, Snyder, Rastmussen, 2003).

انظر إلى كأس الماء في الشكل (9.1). هل هو نصف ممتلىء أم نصف فارغ؟ توضح طبيعة هذا السؤال ميول انقسام للبشر. فالكأس لا يحتوي شيئاً أكثر من الآخر. وكل وضعية (فراغه وامتلاؤه) هي طرق مقبولة للنظر إلى كأس الماء. وبشكل مماثل، تعد نقاط قوتنا وضعفنا، مشكلاتنا واستثناءات المشكلات، نجاحاتنا وحالات إخفاقنا سمات مقبولة وصحيحة متعلقة بِمَن نَحن (هويتنا).

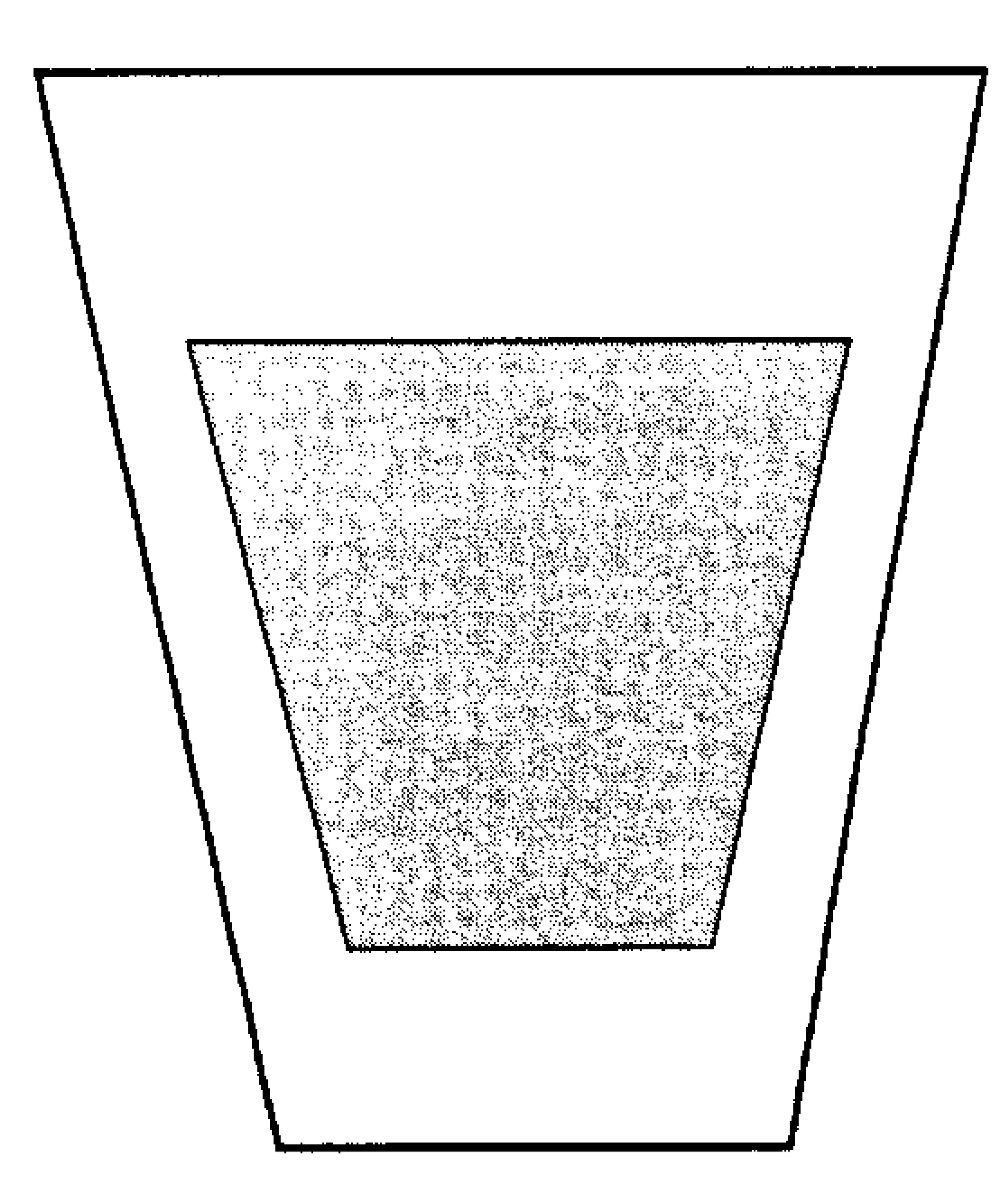
ويُمكن أن تُرى أهمية تعريف وتمييز نقاط القوة عبر المثال الآتي:

تعرّضت جين (Jayne) البالغة من العمر الرابعة عشرة للإساءة من قبل أحد الجيران حين كانت في الثالثة عشر من عمرها. ولأنها شعرت بالذنب بتعريض نفسها للخطر، وبالدناءة والخجل، وبعدم الأمان في أكثر المواقف، فقد أغلقت على نفسها، ورفضت التحدث مع المحيطين بها، وبدأت بالشجار مع والديها. اندهش والدها -الذي كانت ترتبط معه بعلاقة طويلة وقوية- عندما نوّهت مُعالجتها- في وقت متأخر نسبياً من المعالجة- بأنه كان من اللطيف أنه (الوالد) وجين كانا قد بدءا بتطوير علاقة أفضل. لقد لاحظ والدها أنه هو وجين كانا يمتلكان علاقة إيجابية داعمة إلى أن تعرضت جين للإساءة وبدأت بالانسحاب.

إن إخفاق مُعالجة جين في إدراك أن جين ووالدها كانا يمتلكان علاقة قوية كان أمراً مؤلماً للوالد، لكن، الأكثر أهمية، أن ذلك كان يعني أن مُعالجتها قد شَكّلت تصوراً مفاهيمياً ضعيفاً للحالة قوّض وقلل من قيمة تعاطُفها بالنسبة لوالدي جين. ونتيجةً لذلك، فقد أخفقت المعالجة في استغلال مصدر هام للمعالجة. ولربما سألت المُعالجة نفسها الأسئلة الآتية:

- مع أن جين ووالدها يتشاجران كثيراً، فهل يقومان بذلك دائماً؟ هل يجب أن يتشاجرا دائماً؟
- ما الذي يُفرّق بين الأوقات السيئة والأوقات الأفضل؟
- ما الذي تقوم جين ووالديها بعمله بشكل جيد؟ كيف يمكن استخدام نقاط قوتهم كموارد ومصادر في المعالجة؟

وكما يوضح هذا المثال، فإن للبحث عن نقاط القوة واستثناءات المشكلات فوائد متعددة. إذ يُمكن أن يقود ذلك بشكل خاص إلى تطوير تصور مفاهيمي أقوى للحالة، وتعريف (تمييز) موارد للمعالجة، وبناء التعاطف، وتقوية التحالف العلاجي.



شكل (9.1): هل كأس الماء هذا نصف ممتلىء أم نصف فارغ؟

Food for Thought غذاء للفكر

ما هي نقاط القوة التي تملكها روثي سكليمجن؟ كيف يُمكن توظيف واستخدام نقاط القوة هذه أثناء المعالجة؟ ماذا عن ريموندو سانتشيز؟

لماذا تُكتب خطط المعالجة ؟ Why write Treatment Plans?

بدون أهداف وخطط للوصول إلى لأهداف، فأنت كالسفينة التي أبحرت دون اتجاه.
Fitzhugh Dodson

خطط المعالجة جُزءٌ معياري للمعالجة، ومطلوبة غالباً من قبل الوكالات وشركات التأمين. لماذا يجب على الأطباء الإكلينيكيين كتابة خطط المعالجة؟ تساعد خطط المعالجة المريضَ والطبيبَ الإكلينيكي على تطوير أهدافٍ جماعية تساعدهما على إدراك أنهما يعملان جيداً مع بعضهما. وتطوير الأهداف قصيرة المدى والتدخلات يزوّد المريض والطبيب الإكلينيكي بـ "خارطة" تساعدهما على تعريف وتمييز موقعهما في المعالجة ومتى تم تحقيق الأهداف. ويُمكن أن ترفع خطط المعالجة من الأمل والكفاءة الذاتية لدى المريض. ويمكن أن تجعل التغيير أسهل للإدراك.

يُمكن أن تكون المعالجة تائهة إذا كانت بدون خطة معالجة، ماضيةً إلى هنا وهناك بالاهتمامات والأعمال الأسبوعية للمريضة مثلاً: مثل الشجار مع الزوج، الأطفال عديمو الاحترام، أن تكون مُتجاهلاً ومُتَجاوزاً في ترقية العمل. إنَّ خطط المعالجة تُذَكّر الأطباء الإكلينيكيين بالتراجع ورؤية الغابة، بدلاً من رؤية أشجار فردية فقط (لكل وليس الجزء). وفي المثال الذي طرحناه، فإن كُلاً من هذه الأعراض (الشّجار، والأطفال عديمو الاحترام، ومشكلات العمل) قد يُنظر لها كمشكلات ذات اتصال فعّال وحازم. لذا فإن التركيز على الصورة الكبيرة يُمكن أن يساعدَ الأطباء الإكلينيكيين على تطوير مسار ثابت في المعالجة وتأكيد على أن النطاق والامتداد الواسع لقضايا المريض قد تم مُعالجته (L.Seligman, 2006). أما تطوير خطط المعالجة بشكل تعاوني مع المرضى فيُمكن أن يبني فهم الطبيب الإكلينيكي للمشكلة والتعاطف مع المريض، ويقوي التحالف العلاجي في النهاية.

تطوير خطة المعالجة Developing Treatment Plan

حَوّل خطتك إلى كتابة .. وفي اللحظة التي تنهي ذلك ستُعطي بالتأكيد شكلاً ملموساً للرغبة المعنوية.
Napoleon Hill

تعد خطة المعالجة أداة علاجية نافعة جداً لكلٍ من المرضى والأطباء الإكلينيكيين. تبدأ المعالجة –بشكل عام– بتعريفِ المريضِ بالمشكلة والأهداف طويلة الأمد المفضلة. وفي أغلب الأحيان تصاغ تعبيرات المشكلة بكلمات المريض الخاصة (مثل: "إنَّ زواجنا في مأزق لأنه لا يتكلم معي على الإطلاق. إنه يعاملني كخادمة ولا شيء أكثر."). وتساعد صياغة المشكلة بكلمات المريض الخاصة الأطباء الإكلينيكيين على رؤية المشكلة من وجهة نظر المريض الخاصة. لاحظ كيف يمكن أن يكون التصور المفاهيمي مختلفاً إذا قالت هذه المريضة بدلاً مما سبق: "نتشاجر مثل القطط والكلاب، وكل واحد منّا يريد أن يكون مَلِكَ التَلّ –لكننا بعد ذلك نجلس سوية بشكل رائع ونبدو وكأن لدينا رؤية مشتركة إلى حيث نريد أن نذهب. فقط لو يُمكن أن نصل إلى هناك بدون قتل بعضنا بعضاً أولاً!. يُمكن أن يكون الطلب من الناس بأن يتخيلوا مستقبلهم المفضل مفيداً في بعض الأحيان، وذلك كما هو الحال مع السؤال المعجزة، الذي يَطلُبُ من المرضى أن يتخيلوا بأن معجزة حدثت وكيف يعرفون أولاً بأن المعجزة حدثت (Berg, 1994; de Shazer, 1989).

تخيل أنك تذهب إلى البيت ليلاً، وتغسل الصحون، وتستمر بحياتك اليومية، وتذهب للنوم، وتحدث المعجزة. المشكلة التي أحضرتك إلى هنا اختفت! ما هو أول شيء تلاحظه ويُخبرك بأن هذه المعجزة قد حدثت لك؟

يسمح هذا التمرين للمرضى بأن يتخيلوا التغيير، وأن يدركوا أن المعجزة يُمكن أن تحدث، وأن يتصوروا الخطوات التي من الضروري أن تؤخذ لجعل المعجزة تحدث كثيراً. إن سؤال المرضى عما كانوا يقومون بعمله بشكل مختلف بعد "المعجزة" يمكن أن يساعدهم بشكل ملموس أكثر على تعريف وتمييز ما يستطيعون عمله من أجل التغيير. ويستطيع الأطباء الإكلينيكيون اتِبَاع سؤال المعجزة بسؤال قياسي في الأسابيع اللاحقة لتقييم مدى التغيير المطلوب الذي وصل إليه المريض "على مقياس من 1-10، حيث يشير العدد (0) إلى اليوم الذي تم استدعاؤك فيه لتحديد موعدك، ويشير العدد (10) الكيفية التي سيكون عليها اليوم الذي يلي المعجزة، أي أين أنت اليوم؟". عندما تختلف استجابة (رد فعل) المريض عن الاستجابة التي سبقتها، فاسأل، "ما هو المُختلف؟" وهذه السلسلة من الأسئلة تجعل الأشخاص يفكرون بشأن التغيير وبما يُمكن أن يفعلوه لجعله خاضعاً لسيطرتهم ولجعله يحدُث.

تعبيرات الهدف Goal Statements

لقد تم وصف تعبيرين مختلفين للمشكلة، واللذان يُمكن أن يستنتج منهما تعبيرات الهدف.

المشكلة بالنسبة للشخص الأول: لا يتكلم معي على الإطلاق. إنه يعاملني كخادمة ولا شيء أكثر.

الهدف طويل الأمد بالنسبة للشخص الأول: أريده أن يتحدث معي أو يعاملني على أنني شريكته، شخصٌ ما هو يُحبه.

المشكلة بالنسبة للشخص الثاني: نتشاجر مثل القطط والكلاب، كل واحد منّا يريد أن يكون مَلِكَ التَلّ.

الهدف طويل الأمد بالنسبة للشخص الثاني: أريد أن نعمل معاً بشكل جيد وأن يكون لنا رؤية مشتركة إلى حيث نريد أن نذهب.

بالطبع، تعتبر هذه التغييرات استدلالات، وتحتاج إلى أن تُفحص قبل الذهاب إلى ما هو أبعد (مثل: "ما أسمع أنكَ تريده هو... هل أنا على المسار الصحيح؟").

توجد أهداف محددة لكل تعبير من هذه التعبيرات عن المشكلة، لكن هل تتطابق هذه الأهداف الطويلة الأمد مع معايير والتر وبيلير (Walter & Peller, 1992) (بمعنى آخر: الهدف السلوكي الخاضع لسيطرة المريض، والمحدد على أنه سلوك معين سيُضاف ويُعمل به بدلاً من حذفه، وفي الوقت الحاضر، وبلغة المريض الخاصة)؟ (انظر الجدول 8.3). فعلى سبيل المثال، **الهدف بالنسبة للشخص الأول مُعين (محدد)**، وإيجابي، وفي الوقت الحاضر وبلغة المريض الخاصة، لكنه ليس خاضعاً لسيطرة المريض. أما الهدف بالنسبة للشخص الثاني فهو إيجابي، وفي الوقت الحاضر، وبلغة المريض الخاصة، لكنه ليس مُعيناً (محدداً). أما النصف الثاني من تعبير الهدف هذا (بمعنى آخر: الرؤية المشتركة) فهو ليس نتاجاً (مخرجاً) سلوكياً، ويحتاج إلى أن يكون موصوفاً باستخدام مصطلحات سلوكية أكثر تحديداً. علاوةً على ذلك، فليس هناك وضوحٌ ما إذا كان للمريض سيطرة على النتاجات (المخرجات). وربما يكون هذا هدفاً جيداً بالنسبة لعلاج الأزواج، لكن يجب أن يكون خاضعاً لسيطرة المريض بشكل أكثر وضوحاً إذا كان هدفاً للإرشاد الفردي. أما الهدف بالنسبة للشخص الأول فيُمكن أن يكون مُصاغاً بشكل أفضل على النحو الآتي:

الهدف طويل الأمد بالنسبة للشخص الأول: سأبدأ بالتعامل مع نفسي بجدّية أكثر وأطلب من الآخرين عمل ذلك أيضاً.

الهدف والمشكلة يجب أن يتطابقا: أخيراً، يجب أن تتناسب المشكلة والهدف طويل الأمد مع بعضهما. في بعض الأحيان يختار المرضى والأطباء الإكلينيكيون الأهدافَ التي لا تتعامل مع القضية

المعرّفة في تعبير المشكلة. فالطالبة التي حصلت على علامات متدنية ربما تقول أنها بحاجة لأن تدرس أكثر (رغم أنها لا تستطيع التركيز عندما تدرس). والرجل الذي يُعاني من وزن زائد قد يعتقد أنه بحاجة لأن يأكل بنسبة أقل (رغم أنه يأكل ضمن العدد الطبيعي من السعرات الحرارية، ولكنه نادراً ما يمارس الرياضة. وقد يستنتج الأب أنه من الضروري أن يكون أكثر صرامةً مع ابنته (في الواقع، هو صارم كفاية، ولكنه أخفق في إخبارها بأنه يحبها).

لاحظ كيف أن الرؤية الأخيرة للهدف طويل الأمد بالنسة للشخص الأول تتطابق جزئياً مع المشكلة. لذا ربما يكون الوصف الكامل للمشكلة بالنسبة للشخص الأول كما يلي:

المشكلة بالنسبة للشخص الأول: لا يتكلم معي على الإطلاق ويعاملني كخادمة. أنا أفكر بنفسي بهذه الطريقة، أيضاً، وأسمح للآخرين أن يعاملونني بتلك الطريقة.

هذه الرؤية الجديدة للمشكلة بالنسبة للشخص الأول: تساعد المريضة على إدراك دورها في المشكلة وتعريف (تمييز) ماذا تستطيع أن تعمل حتى تتغير.

تعتمد تعبيرات الهدف الجيدة على التقييم القوي والدقيق للمشكلة. ويُمكن لخطوط الزمن، والتواريخ الاجتماعية النفسية، والملاحظات السلوكية أن توسّع وجهات نظر (تصورات) الأطباء الإكلينيكيين والمرضى، وبالتالي يمكنهم أن يُشاهدوا ويدركوا الأعراض والمشكلات السابقة لمخاوف واهتمامات أكبر (بمعنى آخر: الأشجار الفردية السابقة للغابة الأكبر).

غذاء للفكر Food for Thought

- هل أنت مقتنع بالهدف طويل الأمد بالنسبة للشخص الأول؟ ما الذي يمكن عمله لجعله واضحاً وأكثر تحديداً (بمعنى آخر: كيف للمريضة أن تعرف أنها قد عُوملت بجدية؟).
- راجع الهدف بالنسبة للشخص الثاني لتحقيق توصيات والتر وبيلير (Walter & Peller, 1992).

الأهداف قصيرة الأمد Short-Term Goals

بالرغم من أن تعبيرات الهدف مفيدة، إلا أنها لا تقدم خطة مفصلة للمعالجة. إنها تشبه محاولة الانتقال في عموم البلد دون خريطة. لا يُوسّع معظم الأطباء الإكلينيكيون تعبيرات هدف المريض عن طريق تعريف الأهداف قصيرة الأمد التي تحرك المريض بشكل أقرب إلى تلبية الأهداف طويلة الأمد (مثل: "سيتعلم المريض ويمارس طرق العلاج المعرفي (الإدراكي) لتحدي المعتقدات اللاعقلانية"). حتى الأهداف قصيرة المدى غالباً ما تتجزأ إلى خطوات أصغر -التدخلات التي

ستكون مستخدمة لتلبية هذه الأهداف. لذا يجب أن تساعد هذه الأهداف والتدخلات -إذا كانت خطة المعالجة مصممة بشكل جيد ومنفذة- على تحقيق أهدافهم.

وكما نُوقِشَ سابقاً، فإن الأهداف تُكتب بشكل عام باستخدام أفعال إجرائية ملموسة (الأفعال المستمرة)، مُظهِرَةً فكرة أن المعالجة هي عملية، بدلاً من أنها مكان أو حالة عقلية(& Walter Peller, 1992). علاوةً على ذلك، ليست كل الأفعال الإجرائية مترادفة. ينضم العديد من الأطباء الإكلينيكيين أهدافهم بحسب تصنيف بلووم (1984) في التفكير (انظر الجدول 9.3). وبدلاً من معرفة أو فهم المفهوم فقط (المهام الإدراكية ذات الرتبة الأدنى)، فإن الأطباء الإكلينيكيين يريدون بشكل عام من المرضى أن يطبقوا معرفتهم وفهمهم(التطبيق) وأن يفكروا بشكل ناقد حول حياتهم ومشكلاتهم (التحليل والتركيب والتقدير (التقييم)).

جدول (9.3):

تصنيف بلووم (1984) للتعلم وتعبيرات الهدف المرتبطة بكل مستوى من مستويات المعالجة المعرفية (الإدراكية)

مستويات المعالجة	الأفعال الإجرائية	الهدف المُحتمل
- المعرفة	عرِّف، سَمِّ (عَيِّن)، عَدِد، تحدث عن	«أن يُعرِّف ثلاثة طرق للرعاية الوالدية».
- الاستيعاب	فَسّر، ناقش، طابق، مَيّز	«أن يُناقش دور حديث الذات في العاطفة».
- التطبيق	طبق، مارس، وضّح، استخدم، بيّن (أثبت)	«مارس مهارات الحزم في أماكن خارج المكتب، مبتدءاً بالمواقف الأسهل أولاً».
- التحليل	فرّق، حلل، انتقد، اربط	«فرّق بين الاستجابات الانفعالية المستنبطة عن طريق تأكيد (تأييد) الاستجابات أو إبطالها».
- التركيب	صمّم، خَطط، افتَرض، نَظّم	«صمّم طريقة تستخدم المهارات التي نوقشت اليوم للاستجابة لغضب طفلك».
- التقييم	احكُم (كوّن رأياً)، قيّم، اختر، قِس	«حدّد ما إذا كانت طريقتك للرعاية الوالدية تحقق وصفك للرعاية الوالدية الفعالة».

غذاء للفكر Food for Thought

ما هي الأهداف قصيرة الأمد التي يأتي بعد الأهداف المذكورة بالنسبة للشخص الأول والثاني؟

يريد الأطباء الإكلينيكيون مساعدة المرضى على توسيع فهمهم وإدراكهم خارج نطاق المكتب الإكلينيكي وعلى زيادة قدرتهم على استخدام المهارات التي تعلموها هناك بشكل مستقل.

تخطيط المعالجة: مثال Treatment Planning: An Example

بالرغم من وجود صيغ مختلفة لمعالجة (إنجاز) خطة المعالجة، إلا أن هنالك طريقة شائعة لعمل ذلك، وهي معروضة في الجدول (9.4). لقد وُصفت المشكلة وتعبيرات الأهداف أعلاه بشكل عام بصف من الخلايا التي تتضمن الأهداف قصيرة الأمد والتدخلات. أما المواعيد التي تحقق الأهداف ومقاييس النتيجة فقد تُدرج في خلايا إضافية.

عندما دخلت جين (14عاماً) المعالجة، لم تكن راغبة بالعمل مباشرة على الصدمة أو قضايا الإساءة، ولا بالعمل على قضايا العائلة أو غيابها المتكرر عن المدرسة. لقد كانت راغبة بتغيير أسلوبها الاكتئابي في التفكير، وتحسين مهارات الكفاح (التغلب على المشكلات) لديها، ومعالجة مشكلات العلاقة التي تواجهها، وخاصة مع صديقتها. لقد تم وصف الكيفية التي اتفقت عليها جين وطبيبتها الإكلينيكية من أجل النظر إلى هذه المشكلات وفهمها في الجدول (9.4).

جدول (9.4):

خطة المعالجة المتعلقة بجين، المصابة بالاكتئاب، والتي تكافح (التغلب على المشكلات) بشكل سيء، وتواجه مشكلات علاقة بالغة.

المشكلة الأولى: أنا حزينة معظم الوقت وأواجه صعوبة في النهوض من الفراش في الصباح. لم أعد أستمتع بالأشياء التي تعودت الاستمتاع بها.

الهدف طويل الأمد الأول: أريد أن أكون قادرة على أن أكون سعيدة وأن أستمتع بالحياة مرة أخرى.

الأهداف قصيرة الأمد	التدخلات
1أ. ستتحدى المريضة المعتقدات اللاعقلانية التي تسهم بالاكتئاب.	1أ(I). ناقش العلاقة بين المعتقدات والنتائج الانفعالية والسلوكية. 1أ (II). راقب وحلل الارتباط (الرابطة) بين المعتقدات والنتائج الانفعالية السلوكية، خاصة خلال فترة الانفعال القوي. 1أ (I I I) ميّز المعتقدات اللاعقلانية وتأثيرها على الانفعالات. 1أ (IV) تحدّى المعتقدات اللاعقلانية، وذلك في البيئة المساندة لغرفة العلاج أولاً ثم في الحياة اليومية.
1ب- ستنهمك المريضة بالعناية الذاتية المنتظمة	1ب (I) ناقش أهمية العناية الذاتية المنتظمة في المحافظة على الصحة العقلية. 1ب (II) ميّز سلوكيات العناية الذاتية التي لها علاقة بطريقة شخصية. 1ب (III) انشغل بسلوك عناية ذاتية في كل يوم على الأقل، ملاحظاً كلاً من نتائج تطبيقها ومعيقات عمل ذلك.

المشكلة الثانية: عندما أُصبح مرهقة أو منزعجة أتفاعل بطرق سلبية. إنني أرى توتراً شديداً حولي – أنا أُسبب ذلك.. أصيح وأصرخ.. أدفع الناس بعيداً عني.. أجرح أو أحرق نفسي.

الهدف طويل الأمد الثاني: أريد أن أكون قادرةً على التعامل مع مشاعري بأسلوب أصح وأقل اندفاعاً. أريد أن أكون قادرةً على التحمل (التغلب على) دون الانتهاء في المستشفى مرة ثانية.

الأهداف قصيرة الأمد	التدخلات
2أ. ستتقبل المريضة وتصدّق مشاعرها، حتى عندما يُبطلها الآخرون.	2أ (I). ناقش المظاهر التكيفية لكلٍ من المشاعر الإيجابية والسلبية، وميّز بين الانفعالات وكيف نتصرف بناءً عليها. 2أ(II). ناقش الطرق التي يُمكن أن تكون فيها المشاعر مُبطلة، مُلاحظاً الطرق التي يتبعها الشخص أو الآخرين بذلك، وكذلك نتائج كونها مُبطلة.

	2أ (III). تحدى إبطال الاستجابات من جانب الشخص ومن الآخرين، مستبدلاً إياها باستجابات أكثر صدقاً، ملاحظاً نتائج عمل ذلك.
2ب. ستتحمل المريضة الضغوط بفاعلية أكثر	2ب(I). ناقش ميكانزمات (آليات) الكفاح، مُقيّماً تأثيرها على الذات والمُخرجات المُقيّمة، المتضمنة -ولكن غير المحصورة- في العلاقات. 2ب (II). زد استخدام استراتيجيات الكفاح التكيفية، مُقيّماً نجاحها، ومعرّفاً أفضل طرق الكفاح والتعامل عند الضرورة. 2ب (III). ناقش ومارس التأمل والعمليات الذهنية.

المشكلة الثالثة: أجد صعوبة في تعريف وتمييز أي شيء جيد عن نفسي، لذلك أشك بأن أي شخص آخر يُمكن أن يُحبني. ننتهي أنا وصديقتي في أغلب الأحيان بالشجار، لأنني أشوه كل شيء ليعني ذلك أنها تتركني.

الهدف طويل الأمد الثالث: أريد أن أكون قادرة على الشعور بشكل جيد حول ذاتي وأن يكون لدي علاقة حميمة ومفيدة مع صديقتي ومع الآخرين.

الأهداف قصيرة الأمد	التدخلات
3أ. ستُدرك المريضة نفسها بدقة وتقدّر من هي.	3أ(I). ميّز الجوانب الإيجابية للذات والسلوك، مُثبتاً المقاصد الإيجابية للجوانب والسمات الأقل سلبية. 3أ(II). تحدى التفكير الثنائي عند مناقشة المشكلات. 3أ (III) ميّز واستخدم التأكيدات اليومية المقبولة من أجل التركيز على نقاط القوة والأهداف.

3ب. ستميّز المريضة وتستخدم طرقاً أكثر إيجابية للتعلق بالآخرين.

3ب (I) ميّز حديث الذات الذي يقود إلى تفاعلات أكثر سلبية، متحدياً حديث الذات خلال الجلسة أولاً، ثم ممارساً حديث الذات تحت أوضاع أقل سيطرة.

3ب (II). ناقش الحزم (الإصرار) مُميزاً إياه عن السلوكات السلبية والعدوانية والمناورة، مارس الحزم في مواقف مسيطر عليها أولاً، ثم اصعد تدرجياً (بشكل تسلسل هرمي).

3ب (III) ميّز الصفات الموجودة في علاقة المريضة المثالية، مُقيّماً ما إذا كانت العلاقات الحالية تقترب من هذه المُثُل إلى حد معقول.

3ب (IV) ناقش ومارس طرقاً لتطوير المزيد من علاقات المُرضية أكثر.

من النادر أن يكون من المستحسن العمل على الأهداف التي يجدها المريض غير مقبولة. لذا يُناقش الكثير من الأطباء الإكلينيكيين قضايا الصدمة مباشرة. وربما يصبح المرضى أكثر رغبة بمناقشة هذه الصدمة، كما يُصبح التحالف العلاجي أقوى ويصبح المرضى أكثر ثقة بقدرتهم على التغيير (Walter & Peller, 1992) . علاوةً على ذلك، فإن معالجة الإساءة (أو الانتهاك) والصدمة تُنفذ عموماً بشكل متعدد الأبعاد؛ إذ إن قضايا المدرسة والعمل والعائلة والحزن يجب أن يُعالج كُلٌّ منها في أغلب الأحيان (Faust & Katchen, 2004).

الحصول على الصورة الكبيرة Getting the Big Picture

تُكوّن التفاصيل الصورة الكبيرة.
سانفورد ويل
Sanford I Weill

تساعد التقييمات الأولية على تطوير صورة احتوائية (مؤطرة: موضوعة في السياق) واسعة لما يحدث. ويجب أن تتضمن عملية التقييم هذه تمييز توقعات المعالجة، والعلاقات العلاجية السابقة، واستخدام المواد والإساءة الحاليين والسابقين، والسلوكات والأفكار الانتحارية الحالية والسابقة، ونقاط القوة والضعف، واستثناءات وتفاقم المشكلة، وطبيعة وقوة شبكة المساندة والدعم الاجتماعي (Park & Slattery, 2009; Slattery, 2004).

يجب على الأطباء الإكلينيكيين أثناء تطوير التصور المفاهيمي للحالة وخطة المعالجة أن يراعوا أيضاً معنى الأعراض والمشكلات بالنسبة للمريض حتى يتم بناء تعاطف أكثر (Kottler, 2004). لماذا يَطلب المريض المساعدة الآن بدلاً من أن يطلبها في وقت آخر؟ ماذا كانت الأمور تماثل قبل بدء المشكلة أو (قبل أن تصل إلى هذا المستوى)؟ كيف تؤثر هذه المشكلة على عمل المريض أو مدرسته أو علاقاته أو وظيفته (دوره) في المجتمع؟ ما هي خسائر ومنافع المشكلات أو الأعراض؟ ماذا يحدث لو حُلّت المشكلات؟ من المستفيد أيضاً من تغيير المريض (أو بقائه على حاله)؟

يمكن أن تُعالجَ معظم المشكلات والأعراض بطرق متعددة. ويجب أن تأخذ خطط المعالجة بعين الاعتبار طبيعة ومستوى الخدمات الملائمة لكل مريض (Kottler, 2004; L.Seligman, 2006).

- ما هي كثافة الخدمات الضرورية لاستقرار واتزان المريض (أي، خدمات المتعالج الخارجي -مريض العيادة الخارجية، أو خدمات العلاج الجزئي بالمستشفى، أو خدمات المريض الداخلي، أو خدمات الإقامة)؟ ما هو الخيار الذي سيكون أقل تقييدية وأكثر مساعدة؟
- هل الإرشاد ملائم؟ إذا كان كذلك، فما نوعه (فردي أم عائلي أم جماعي)؟ بأي وضع/مكان يجب أن يُقدم؟
- ما هي الخدمات المجتمعية المتوفرة للمساعدة على استقرار المريض (مثل: الخدمات السكنية، خدمات النقل، المساعدة الطبية، وأصناف الرعاية الوالدية)؟
- ما المساندة الطبيعية التي يُمكن أن تُشْغَل للمساعدة على استقرار المريض (مثل: الأجداد، والمربيات، ومدربي الكرة الناعمة، ورجال الدين)؟
- هل يُمكن أن يكون العلاج الطبي مناسباً؟ هل يتوجب أن تكون استشارة الطب النفسي مطلوبة؟
- هل خدمات تعاطي المخدرات والكحول المُلحقة ضرورية؟ هل يمكن أن تكون قضايا تعاطي المخدرات والكحول مُعالجةً فقط خلال علاقة المعالجة الأولية؟
- هل يُعاني المريض من أعراض جسدية حديثة؟ هل يمكن لبعض العرض الطبي المتزامن (المتلازمة الطبية) غير المعروف أن يُسبب أو يُعقد أعراض المريض؟
- كيف يمكن للأعراض الطبية المتزامنة (المتلازمات الطبية) المعروفة أن تؤثر -أو تسبب- أعراض حالة المريض؟ هل يمكن أن تحدث الأعراض عن طريق أدوية الوصفة الطبية (أو الأدوية الترويحية)؟
- هل يُظهِر المريض تفضيلات قوية نحو نوع الجنس أو العرق أو الخلفية الدينية للطبيب الإكلينيكي؟ إذا لم يكن كذلك، فهل هنالك سبب لأخذ هذه القضايا بعين الاعتبار عند تحديد الطبيب الإكلينيكي؟

غذاء للفكر Food for Thought

بالنسبة للأشخاص الذين تمت مناقشة قضاياهم في الفصل الثامن والتاسع (روثي سكلمجن، وريموندو سانتشيز، ولايا لي، وأندريا بيتس):

- ماذا يريدون؟ ما الذي يرغبون بالعمل على تحقيقه؟
- كيف تختلف أهدافهم عن أهداف المجتمع بالنسبة لهم؟ كيف يُمكن أن تختلف أهدافهم عن أهدافك بالنسبة لهم؟
- اكتب خطة معالجة لواحدٍ منهم: (أ) مستخدماً أهدافاً يجدها ذلك الشخص مقبولة و؛ (ب) مُدركاً نقاط القوة الحالية والاستثناءات المشكلة أو المشكلات التي واجهها، بالإضافة إلى الأعراض الحالية و؛ (ج) مُجَزِءاً الأهداف إلى خطوات ملموسة سهلة التمييز تُبنى على بعضها بعضاً و؛ (د) مُراعياً المساندة الطبيعية، واستخدام المواد، وقضايا الصحة.

- بعض القضايا معقدة بشكل خاص وقد تتطلب أنواعاً متعددة من التدخلات. ولأن الصدمة والإساءة تؤثر على أبعاد عديدة في حياة الشخص، فعلى المعالجة أن تركز على مظاهر متعددة تتضمن التخطيط الآمن، وأثر الحزن، والوظيفية (الدور) العائلية (Faust & Katchen, 2004). ويجب أن تُواجه المعالجة كلاً من الأنماط التي تُعرّض المرضى للخطر والأعراض التي تظهر نتيجة الاستجابة للصدمة. وفي أغلب الأحيان يجب أن يتحدى العلاجُ الأفكارَ المُشكِلَة (الصعبة) بينما يبني المهارات أيضاً. وبسبب إمكانية تأثير الصدمة على العمل والأداء المدرسي، فإن المعالجة يجب أن تراعي الوظيفية (الدور) في هذه الحقول (العَوَالِم).

وعلى الرغم من أن الخدمات المُلحقة (المساعدة) يمكن أن تكون مساعدة جداً، إلا أن الكثير منها ليس أفضل بالضرورة. ولتكون مُساعدة أكثر وأكثر فلا بد من وجود صورة مُتضمنة مشتركة بين فريق المعالجة والمتخصصين الآخرين. وهذا يُمكن أن يتحقق من خلال الاتصالات الهاتفية أو من خلال الاشتراك بالتقارير المكتوبة. علاوةً على ذلك، فإنّ العديد من المرضى يُمكن أن يُسحقوا (يُقهروا) عندما يُقدّم الكثير من العاملون والخدمات في نفس الوقت. لذلك، فمن الأفضل أن يتم مباشرة المعالجة باستخدام نوع من أنموذج الحالات الطارئة: التعريف (التمييز) والعمل أولاً مع تلك القضايا أو الخدمات التي ستعمل على استقرار المريض بسرعة أو ستحدث حركة.

تقييم التقدم Assessing Progres

أتعرف ما الغريب؟ يوماً بعد يوم، لا شيء يبدو متغيراً ولكن قريباً جداً كل شيء سيبدو مختلف.
From "Calvin and Hobbes"

يُجادل ويلتنز (Weltner, 1998) بأن التقييم الجيد للمشكلة يقود إلى خطة معالجة سهلة وفاعلة (مؤهلة) وفعالة (مؤثرة). ليست الخطط مفيدة ومؤثرة بالضرورة، ولكن، مهما يكن فقد طوّرن بدقة وعناية. ربما لا تكون الخطط فعالة لأن المشكلة قُيّمت بشكل ضعيف أو غير كامل، أو لأن خطة المعالجة لم تعالج المشكلة بشكل حقيقي، أو لأن المريض والطبيب الإكلينيكي لم يُعرفا ويُعينا نفس المشكلة، أو لأن الخطة المقترحة كانت غير مقبولة للمريض، أو لأن الخطة نُفذت بشكل سيء. ونتيجة لذلك، فمن المهم بعد تطوير وتنفيذ خطة المعالجة أن يتم على أساس منتظم ومستمر تقييم ما إذا كانت الخطة تساعد المرضى على تحقيق أهداف المعالجة.

(هنالك عدة طرق لتحديد ما إذا كنت المعالجة فعالة. وأسهل طريقة لتقييم ما إذا المعالجة فعّالة هو سؤال المريض. هناك أيضاً استبانات الأداء (الرضا) القصيرة التي تُوجّه نحو البالغ أو الطفل: مثل استبانة أداء الرضا (Client Satisfaction Questionnaire [CSQ]: Larsen, Atkisson, Hargreaves, & Nguyen, 1979) . واستبانة أداء الشباب (Youth Satisfaction Questionnaire [YSQ]: Stuentzner-Gibson, KOREN, & DeChillo, 1995).

لسوء الحظ، فإن استبانات الأداء(CSQ) و(YSQ) هي مرتبطة فقط مع تصورات المُعالج للمُخرجات أو مع سلوكات المريض. وترجع الصلاحية السيئة لهذه المقاييس لعدة عوامل. قد يركز كل من المريض، وأفراد العائلة، والطبيب الإكلينيكي على سمات مختلفة لسلوك المريض (مثل: الاكتئاب الذاتي، أو مستويات الطاقة، أو عدد الأيام التي استغرقها المرض). يمكن أن يركز المرضى على حالة الترابط في العلاقة، مُقدراً العلاج بشكل جيد، رغم حدوث تغيير قليل. وقد يُعطى المرضى أيضاً تغذية راجعة (تعليقات) متفائلة بإفراط لحماية مشاعر المعالج. وبالرغم من هذه المشكلات، إلا أن معظم الأطباء الإكلينيكيون يعتقدون أن مراقبة أداء (رضا) المريض هو مظهر هام لتقييم فعالية المعالجة، مع أن ذلك قد يحمل معنىً مخالفاً لما يقصده.

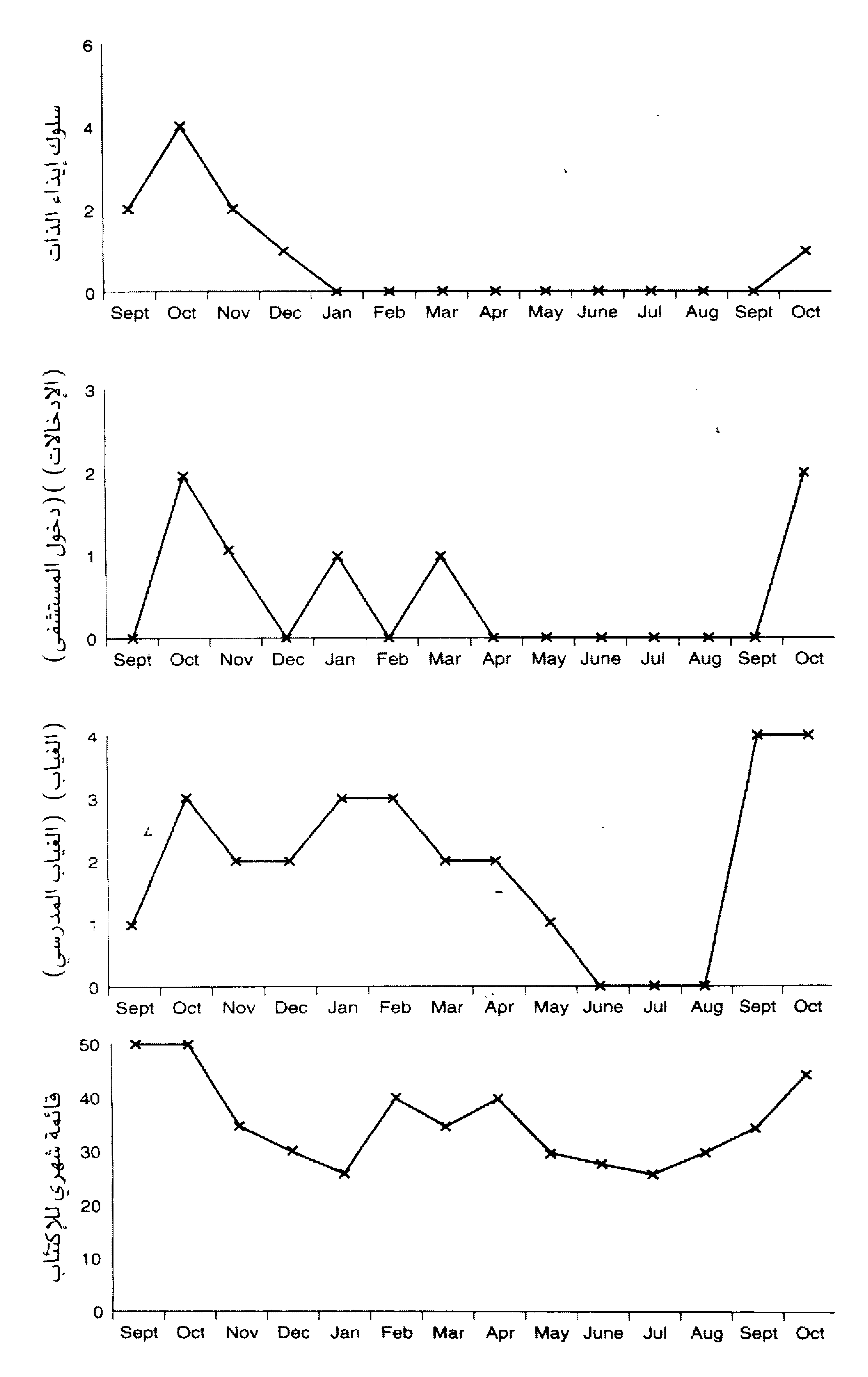
ويمكن أن يُقيم التغيير أيضاً بمقاييس الورقة والقلم في أثناء المعالجة وبعدها. فعلى سبيل المثال، إذا كانت معالجة المريض فعالة، فيمكن للفرد أن يتوقع بأن درجة المريض على تقييم الاكتئاب، مثل: قائمة بيك للاكتئاب (Beck Depression Inventory [BDI]: Beck, Steer, & Gabrin, 1988) تتناقض. أما التقارير الذاتية مثل (BDI) فهي قصيرة وسهلة بالنسبة للاستجابة عليها والتسجيل، مع أنه وبسبب أن هدفها واضح جداً، فإنها تنحاز بسهولة من خلال الرغبة بالظهور

في حالةٍ جيدةٍ أو سيئة، أو من خلال إنكار المريض ونقص البصيرة حول المشكلة.

ويُمكن للفرد أيضاً أن يراقب التغيير باستخدام المقاييس السلوكية. ومرة أخرى، وعلى افتراض أن قياس النتيجة (المُخرج) هو تقييمٌ جيدٌ لهذا التغيير، فإنه يجب أن يكون هنالك تغيير واضح في تكرار أو معدل السلوك مع الوقت. قد يُقيم الأطباء الإكلينيكيون أيضاً التغيير في المعالجة باستخدام أكثر من مقياس واحد وعلى أكثر من نقطة واحدة. فعلى سبيل المثال، نَصحَ بوركردت وزملاءه (Borckardt et al., 2008) بقياس يومي أو أسبوعي للمحنة (ما يُقلق أو يزعج أو يضايق)، بالإضافة إلى مقاييس النتيجة المعيارية مثل (BDI) أو استبانة النتيجة --45 (-Outcome Questionnaire 45[OQ-45]:Lambert, Gregersen, & Burlingame, 2004)

وقد يستخدم برنامج علاج العائلة مقاييس لكل من دور الطفل والعائلة (مثل: مقياس التقييم الوظيفي للأطفال والمراهقين (Child and Adolescent Functional Assessment Device [CAFAS]: Hodges, Doucette-Gates, & Liao, 1999)، وأداة التقييم الأسري (Faming Assessment Device [FAD]: Kabacoff, Miller, Bishop, Epstein, & Keitner, 1990). إن استخدام مقاييس متعددة الأبعاد مثل (FAD) أو (CAFAS) ومقاييس النتيجة المتعددة أمر مفيد لأنها تستطيع تعريف (تمييز) كلٍ من النمو ونقاط القوة، بينما تُميز نقاط الضعف نسبياً. وقد لا يكون السلوك في البيت- كما تم تقييمه بواسطة (CAFAS)، مشكلة، مع أن الوظيفية (الدور) في المدرسة يُمكن أن تستمر لتكون مُشكلة (صعبة). علاوةً على ذلك، لربما أحرز الطفل تقدماً كبيراً في البيت والمدرسة والمجتمع- وذلك كما تم تقييمه بواسطة (CAFAS) -لكن العائلة يمكن أن تكون ما زالت تكافح لوضع قوانين وأدوار صحية- وذلك كما قُيّم بواسطة (FAD).

وعلى سبيل المثال، تساءلت سمر (Sommer)، مُعالجة (جين)، ما إذا كانت المُعالَجة فعالة وتتحرك نحو أهداف المعالجة. لقد افترضت أنه إذا كان كذلك، فإن التقديرات الشهرية للاكتئاب- كما قُيّمت باستخدام (BDI)- يجب أن تنخفض، مثلما يجب أن يحدث لحوادث سلوك إيذاء الذات، وعدد حالات الغياب المدرسي، والإدخالات إلى المستشفى. وكما يظهر في الشكل (9.2)، فالبعض من هذه المقاييس قد تغيرت بينما هنالك مقاييس أخرى لا تتغير كثيراً، مما قد يشير إلى أن من الضروري أن تُعدل خطة المعالجة حتى تستهدف هذه السلوكات أكثر.



شكل (9.2):

تأثيرات المعالجة على أربعة من سلوكات جين المستهدفة: حوادث سلوك إيذاء الذات (SIB)، والإدخالات للمستشفى، والغياب المدرسي (باستثناء الأيام التي قضتها في المستشفى)، والتقييم الشهري للاكتئاب على مقياس بيك للاكتئاب (BDI).

علاوةً على ذلك، يُمكن أن تكون هذه المقاييس تقييمات إضافية للمشكلة. وكما يُرى في الشكل (9.2)، فإن وضع (جين) يبدو أسهل في الصيف عندما لم تحدث أية سلوكات مستهدفة، رغم أن مستويات الاكتئاب المُسجلة كانت ما تزال مرتفعة نوعاً ما. وبالتأكيد، لا تستطيع هذه المقاييس التفريق بين عدة أسباب محتملة للمشكلات المستمرة: يُمكن أن تتعلق الارتفاعات (الخطوط الصاعدة) خلال مرحلة الهبوط بالانتقال إلى السنة الدراسية، أو بالمشكلات البينشخصية عند تواجد أشخاص أكثر، أو بالرهاب الاجتماعي، أو بالقلق حول الأداء المدرسي. ومع هذا، فإن ذلك يوحي بتدخل بعض العوامل المتعلقة بالمدرسة. علاوةً على ذلك، توحي هذه المقاييس كذلك بأن المشكلة لا تتناقص بالكامل طوال الصيف، وأن الاستخدام الحالي لمضادات الاكتئاب وتدخلات العلاج لم تُعالج الاكتئاب بالكامل. ربما قد تكون هذه الرسوم البيانية مُستخدمة أيضاً لمناقشة أهداف المعالجة. وعلى الرغم من أن جين رفضت سابقاً أن تتعاقد من أجل مُعالجة قضايا المدرسة، إلا أن رؤية ومناقشة هذه الرسوم البيانية قد تجعلها تعيد النظر في قرارها.

الخلاصة Summary

تمنع خطط المعالجة المريضَ والطبيب الإكلينيكي من الضياع بين الأزمات اليومية، وتوجّه المعالجة باتجاه تلبية وتحقيق أهدافها. ويجب أن يُقرر محتوى خطط المعالجة بشكل متبادل من قبل المريض والطبيب الإكلينيكي وأن يكون –المحتوى- دَالَةً لوجهة نظر الطبيب الإكلينيكي النظرية، وللبحث في المشكلة، ولنقاط قوة المريض والمصادر –بالإضافة إلى تلك المتعلقة بالطبيب الإكلينيكي. ويجب على الأطباء الإكلينيكيين أن يجمعوا تقييماً موسعاً قدر الإمكان وأن يعالجوا مصادر التحيز بينما يتم موازنة هذه العوامل المتنافسة. وهذا يعني في الغالب أنّ على الأطباء الإكلينيكيين جمع المعلومات من مصادر متعددة.

وكأي أجزاء أخرى من المعلومات المتعلقة بالمريض، فإن خطط المعالجة يجب أن تُكتب على أنها طريقة لتوثيق أن المعالجة الدقيقة والمدروسة قد تمت. وعند الإمكان، فإن الخطط يجب أن تكتب بالتعاون مع المرضى وذلك من أجل مساعدة المريض والطبيب الإكلينيكي على تطوير أهداف مشتركة، وعلى تمييز أن كلاً من المريض والطبيب الإكلينيكي يعمل باتجاه نفس الأهداف، وعلى تطوير خريطة للمعالجة.

تحتوي معظم خطط العلاج على الأجزاء الآتية:

- تعبيرات المشكلة، ويُعبّر عنها بشكل عام بكلمات المريض الخاصة (مثل: "لقد ضربني مرة أخرى وأنا خائف جداً").

- تعبيرات الهدف، الأهداف طويلة الأمد. وهذه يجب أن تنسجم مع المشكلة ومع وضع المريض الخاص وتفضيلاته على حد سواء (مثل: "أريد الابتعاد عنه فقط"، أو "أريد أن أكون قادراً على أن أكون حازماً معه"، أو "أريد أن أفهمه".)
- الأهداف قصيرة الأمد، الأهداف الثانوية المباشرة (الحالية) التي تساعد المريض على التحرك باتجاه تحقيق الأهداف طويلة الأمد (بالنسبة لتعبير الهدف الأول "أريد أن أعزز نظام الدعم لدي" و"أريد أن أطوّر مهارات تتعلق بالعناية بنفسي وأطفالي مادياً" و"أريد أن أطوّر ثقة أكبر بآرائي وأفعالي").
- التدخلات، وتشير إلى الاستراتيجيات الخاصة التي سيستخدمها المريض والطبيب لتلبية أهدافهم.
- تتطابق تعبيرات الأهداف والمشكلة في خطط المعالجة الفعالة بينما تُساعد التدخلات الفريق على تلبية الأهداف قصيرة الأمد. وعندما تُستوفى كل الأهداف قصيرة الأمد فإن الأهداف طويلة الأمد ستُلبى أيضاً وستحُل المشكلات.

يجب أن يُقيّم تقدم المعالجة والمخرجات بانتظام، لذا فمن المفضل أن يتم ذلك منذ بدء المعالجة وعلى طول مختلف أبعاد النتيجة. وتعد استبانات الأداء (الرضا) مساعدة في ذلك، لكن يُمكن أن تكون متحيزة. ويمكن من خلال المقاييس (السلالم) متعددة الأبعاد والمقاييس المتنوعة (التقارير الذاتية، ومقاييس الورقة والقلم، والمخرجات السلوكية) تمييز نقاط القوة، ونقاط الضعف، والقضايا المستمرة، والتفسيرات البديلة للمشكلات.

كيف تُطبق هذه القضايا على حياتك وعملك؟

1. خذ الوقت بعين الاعتبار عندما تعمل مع شخص ما لم يسبق له الاشتراك معك في "خطة معالجة" (مثل: مساق دون منهاج دراسي، مهنة دون غايات أو خطط، وتدخلات طبية لم توصف بشكل واضح). كيف تبدو هذه الخبرة؟ إذا بدا ضعف التخطيط هذا جيداً تحت بعض الظروف ومُزعجاً في أوقات أخرى. فلماذا؟ ما الذي اختلف عبر المواقف؟
2. قم بعمل بعض البحث عن مشكلة ترغب بأن تتغير. ماذا تتعلم؟ كيف يؤثر هذا على الطريقة التي قد تفكر بها في تغيير المشكلة؟
3. بالنسبة "للمشكلة" التي تعتبرها مهمة بالنسبة لك، اكتب خطة معالجة موجزة، واهتم بالبحث عن المشكلة، والاستثناء المتعلق بها، ونقاط القوة التي قد تكون مساعدة في حلها. انتبه لتصورك المفاهيمي حولها. طوّر خطوات ملموسة وسهلة التمييز نحو تلبية أهدافك. يجب أن تراعي خطة المعالجة التي تكتبها القضايا السياقية التي تتضمن المساندة الطبيعية، واستخدام المواد، والصحة.
4. كيف تقيّم التقدم باتجاه هدفك؟ كيف مَيّزت التغيير على الهدف الذي تعاملت معه سابقاً؟

الجزء الرابع 4

المهارات الإكلينيكية للتعبير عن التعاطف وتسهيل التغيير الإيجابي
Clinical Skills for Expressing Empathy and Facilitating Positive Change

يركز الجزء الرابع من هذا الكتاب على المهارات التي يحتاجها الأطباء الإكلينيكيون لإيصال فهمهم وإدراكهم بفعالية لأولئك الذين يعملون معهم، وللمساعدة على التوصل إلى التغيير الإيجابي. ونبدأ هذا الجزء بتلخيص العلائقية وتنظم المهارات التي يستخدمها الأطباء الإكلينيكيون لإشراك المرضى (الفصل العاشر). يُبنى التحالف العلاجي من خلال الإصغاء الدقيق والتعاطفي للمرضى، وبإيجاد بنية واضحة وآمنة للمعالجة. ويُحدث الأطباء الإكلينيكيون بنية واضحة وآمنة من خلال وضع حدود فاعلة للمعالجة، واستخدام عملية الموافقة المسبقة المدروسة، والعمل بتعاون مع المرضى.

وحتى يكون التعاطف فعالاً فيجب أن يُبلَّغ (يُوصل). لذا يصف الفصل الحادي عشر المهارات الشفوية (اللفظية) التي يستخدمها الأطباء الإكلينيكيون لكسب وإيصال الفهم التعاطفي. أما الفصل الثاني عشر فيصف القضايا العامة التي تتقاطع مع مناهج علاجية مختلفة، والاستراتيجيات العامة المستخدمة للمساعدة في تغيير المريض. ويصف هذا الفصل كذلك الكيفية التي يُعامل بها الأطباء الإكلينيكيون نقاط القوة عند المريض، والاستثناءات للمشكلات وحواجز المعالجة. في حين يُراجع الفصل الثالث عشر استراتيجيات إنهاء المعالجة بشكل جيد، والتي تتضمن منع الانتكاسات ومساعدة المرضى على الاعتراف بتقدم معالجتهم، ويُميِّز -الفصل الثالث عشر- طرق الاستجابة للإنهاء الصعب.

الفصل العاشر 10

بناء التحالف العلاجي: الاستماع غير اللفظي وهيكلة العلاج (بناء) المعالجة
Building the Therapeutic Alliance: Listening Nonverbally and Structuring Treatment

إلى أين نتجه؟

1. ما هي الاستراتيجيات التي يستخدمها الأطباء الإكلينيكيون لتطوير قدرتهم على أن يكونوا متعاطفين؟
2. لماذا يعتبر التحالف العلاجي مهماً؟
3. كيف يعبر المستمعون الفاعلون عن التعاطف بشكل غير لفظي؟
4. ما الطرق التي يُنشئ بها الأطباء الإكلينيكيون بنية فاعلة للمعالجة يُبنى على أساسها التحالف العلاجي؟

يحتاج كل شخص ليَشعُر بأنه مفهوم ومُساند
Everyone Needs to Feel Understood and Supported

آنا جي. ميتشنر Anna J. Michener

تقول آنا ميتشنر (Anna Michener) كفتاة بالغة بأنها تشعر أنها "مسرورة جداً أن وصلت إلى نقطة في حياتي حيث أبدو آمنة ومرتاحة جداً بمعتقداتي عن نفسي ولا أحد ممن يختلف معي يُمكن أن يؤثر جدياً على حياتي أو على شعوري بذاتي بعد الآن" (A.J. Michener, personal communication, January 17, 2005). ومع هذا، تبقى آنا غاضبة من الأحداث التي أدت إلى علاجها بالمستشفى لأكثر من عام وهي مراهقة:

... أنا لا أستطيع المساعدة على اعتباره مهماً جداً أيضاً لإبراز الفروق التي لا مفر منها بين التعامل مع شخصين بالغين بمثل وجهات النظر المتعارضة هذه والتعامل مع طفل بالغ. أيُّ طفلٍ ذاك الذي لديه قدرات شخصية إضافية، ومصادر خارجية أخرى، وخيارات أكثر للتعامل مع مثل هذه النزاعات أكثر من الشخص البالغ؟ يحتاج كل فرد إلى أن يشعر أنه مفهوم ومُصدق ومُسَاند، لكن الأطفال هم الأكثر حاجة إلى ذلك، لأنهم يمرون بعملية تطوير هويتهم الشخصية. وهذه عملية صعبة بالنسبة لكل شخص، ولكنها أصعب لدرجة أكبر بكثير بالنسبة لطفل يفتقر إلى العون والدعم الإيجابيين و/أو يبذل جهداً كبيراً من أجل التعامل مع المُدخلات (المُساهمة) السلبية المفرطة. بالطبع، يستحق القائمون على الرعاية التعاطف مع مهمتهم البارزة في تربية الأطفال ومساندتها، ولكن ألا يمكن عمل هذا (دعم الوالدين والقائمين على الرعاية) بطريقة تُساعد، بدلاً من أن تؤذي، الطفلَ ذا الطاقة الأقل والمُحتاج أكثر أصلاً؟

أعتقد أن الخطوة الأولى لمثل هذا الإنجاز ستكون التماس ومراعاة وجهات النظر الأخرى للطفل موضع السؤال بشكل فاعل -في كل الحالات- أكثر من وجهات نظر مقدمي الرعاية الأساسيين -خصوصاً وجهة نظر الطفل-. إن أي شخص يقرأ [هذا] يحوز المزيد من المعلومات عن وجهة نظري ويأخذها بعين الاعتبار باهتمام أكثر من كل شخص -تقريباً- انشغل في حالتي عندما كنت طفلة. ولو استشاروا معلماتي على الأقل أو البالغين الآخرين الذين عرفوني فسيحظون بصورة عني مختلفة كلياً عن تلك المقدمة من قبل عائلتي. الآن، أنا أمتلك خبرة مغايرة (متضاربة) على نحو كبير في التماس وطلب الاستشارة النفسية لنفسي كإنسانة بالغة، وفي إدراك كيفية الإصغاء لي على نحو دقيق، ومراعاة نتائج وجهة نظري المقبولة في التشخيص والمعالجة المختلفان جداً والمساعدان فعلاً أكثر ما مُنِحتُ في طفولتي (A.J. Michener, personal communication, January 17, 2005).

- شعرت الآنسة ميتشنر بأنه قد أُسيء فهمها وقد جُسّمت من قِبل عائلتها والأطباء الإكلينيكيين. كيف كان يُمكن أن يؤثر هذا على معالجتها؟ كيف يمكن أن تُبيّن الآنسة ميتشنر ما إذا شعرت أنها مفهومة ومقبولة (أو أنها ليست كذلك)؟

تَعلُّم التعاطف Learning Empathy

رؤية جارك صحيحة بالنسبة له مثلما هي رؤيتك صحيحة بالنسبة لك
Miguel de Unamuno

لاحظ ستروب (Strupp, 1996) أن اتجاهات الأطباء الإكلينيكيين حول مرضاهم تؤثر بشكل كبير على تشخيصهم، وعلى تخمين التطورات المحتملة للمرض، وعلى طبيعة خطط المعالجة، وعلى الطبيعة التعاطفية لتعبيراتهم. وأشار إلى حد أبعد بأن المرضى يدركون هذه الاتجاهات ويستجيبون بالمثل، فعلى سبيل المثال، يستجيب المرضى بسلبية تجاه الأطباء الإكلينيكيين الذين يحملون اتجاهات سلبية عنهم. لكن كيف تتطور الاتجاهات الأولية المُساعِدة؟ يُمكن أن يتم ذلك عن طريق الإصغاء باهتمام، وبشكل سياقي، ومن وجهة نظر المريض.

يعتقد بعض الناس أن الشخص إما أن يكون متعاطفاً أو ليس كذلك. ولكننا لا نتفق مع ذلك. فعلى الرغم من اختلاف الناس في الميول (النزعة) الأولية للتصرف بشكل تعاطفي، إلا أن كل شخص يُمكنه أن يتعلم أن يصبح أكثر تعاطفاً.

ومع ذلك، يُعد التعبير عن التعاطف بشكل جيد مهارةً تتطلب أكثر من مجرد تعلم كتاب وحفظه (Pederson et al., 2008). أحياناً، يتطور التعاطف نتيجة لخبرات متشابهة. وهذا يمكن أن يكون منهجية مفيدة لتطويره، لكن هنالك مشكلتان تحددان فائدته، أولاً: إن امتلاك تعاطف مكتسب تماماً من خبرة الفرد الخاصة أمرٌ يحدد وبشدة فئات المرضى الذين يمكن أن تعمل معهم. ومن وجهة النظر هذه، فإن الأطباء الإكلينيكيين والمرضى يحتاجون لأن يشتركوا بكل من الخلفيات والاهتمامات. ثانياً: قد يدرك كل من الطبيب الإكلينيكي والمريض الموقف بشكل مختلف جداً حتى لو أن خبرتهم عن الحدث تنسجم وتتطابق. وفي الحقيقة، يُمكن أن يتدخل (يتصادم) افتراض الفهم المستند على خبرات متشابهة أو على عضوية مجموعة مشتركة مع قدرات الأطباء الإكلينيكيين على رؤية العالم من وجهة نظر مرضاهم، مع أنه مُساعد أحياناً.

وخبرة الحياة هي إحدى طرق تطوير التعاطف، لكن يجب أن تُوَازَنَ الخبرة بالممارسات والمهارات الأخرى. ومن أهم أساسيات ذلك موقف حب الاستطلاع حول الآخرين (Blatner, 2002). فالأطباء الإكلينيكيون الفاعلون فضوليون (يحبون الاستطلاع) بشأن القيم والمعتقدات والأهداف التي تُشكل وتحفز سلوك مرضاهم.

ويمكن تطوير فهم الأطباء الإكلينيكيين أكثر من خلال تعلم الكتب والبحث، وقراءة والروايات والمذكرات، والسفر (التنقل)، والاستماع إلى الأصدقاء. وربما من المهم الإشارة إلى أن التعاطف يُمكن أن يُرفع (يُزاد) من خلال مراقبة وملاحظة كلمات المرضى وسلوكهم بشكل بالغ الدقة. إذ يكشف الأشخاص عن آرائهم (وجهات نظرهم) حول أنفسهم وعالمهم بعدة أساليب – منها (الآراء) ما يناقشونه ومنها ما يخفقون في مناقشته، ومن تلك الأساليب: وضعهم للمواضيع بجانب بعضها وطريقتهم في مناقشتها؛ والتغييرات في تلميحات الوجه والوضعية (الوقفة والجلسة) والتنفس والتلميحات المكانية، وماذا وكيف يعملون خلال الجلسة، بالإضافة إلى أنماط التغيير ضمن وعبر الجلسة (Mozdrzierz et al., 2009; A.G. Rogers, 2001; A.G. Rogers et al., 1999)

أخيراً، يمكن أن يُرفع (يُزاد) التعاطف عن طريق المراقبة الدقيقة لردود فعل (استجابات) الفرد المعرفية والانفعالية في الموقف (Rothschild, 2004; Strupp, 1996). ويُمكن أن تكون التغيرات في تنفس الطبيب الإكلينيكي ومزاجه وخيالاته وأفكاره ونشاطه تلميحات مهمة عن المريض. وهذه التلميحات الجسدية والمعرفية والانفعالية يُمكن أن تكون —من ناحية أخرى- صعبة التفسير بدون بصيرة متطورة بشكل جيد تجاه أفكار الفرد الخاصة ومشاعره وديناميكيته ودوافعه. وهذا الوعي الذاتي يزيد قدرة الفرد على استخدام التلميحات الداخلية بشكل فاعل، وعلى التمييز بين ردود الأفعال الأولية التي ترجع أولاً مادة (وضع أو مقدرة) الطبيب الإكلينيكي والمريض الخاصة، التاريخية أو الحالية. ووجود الوعي الذاتي يُمكن أن يساعد الأطباء الإكلينيكيين على تمييز ما هو في مصالح المريض إلى أبعد حد، وما الذي يخدم -بدلاً من ذلك- احتياجات الطبيب الإكلينيكي ومقاصده (Strupp, 1996).

التحالف العلاجي The Therapeutic Alliance

> دعنا نراقب بداياتنا جيداً، والنتائج ستدير نفسها
> Alexander Clark

يحتاج إحداث التعاطف إلى أمرين. إذ يعتمد الفهم التعاطفي على كلٍ من فهم الطبيب الإكلينيكي، ورغبة (استعداد) المريض وقدرته على أن يكون مُعبراً بشكل انفعلاي (عاطفياً). فالأشخاص ذوو التعاطف (التعاطفيون) يستطيعون فهم الأشخاص الذين يعبرون انفعالياً ويستطيعون قراءتهم بشكل أفضل مما يستطيعه الأشخاص ذوو المستوى المتدني من التعاطف (Zaki, Bolger, & Ochsner, 2008). ومع ذلك يجد معظم الأشخاص -وحتى أولئك ذوو المستوى العالي من التعاطف- صعوبة في فهم الأشخاص الذين يعبرون انفعالياً بشكل أقل. وهذا يوحي بأن الأطباء الإكلينيكيين يحتاجون حتى يكونوا فاعلين في تطوير فهم تعاطفي للمرضى الذين لا يعبرون بشكل انفعالي إلى البحث عن طرق

تساعد هؤلاء المرضى على أن يكونوا أكثر صدقاً وانفتاحاً في التعبير عن انفعالاتهم وهمومهم. وبشكل عام، فإن تطوير الفهم التعاطفي يعتمد على تحالف علاجي قوي.

في أغلب الأحيان، يدخل المرضى المعالجة متناقضين بشأنها وغير متأكدين فيما إذا كان أطباؤهم الإكلينيكيون الجدد قادرين على فهمهم ومساعدتهم. وبالإضافة إلى أهداف المعالجة الأولية (تقييم المشكلة، وتطوير أهداف مقبولة للطرفين، وصياغة خطة لتلبية هذه الأهداف) فإنه يجب على الأطباء الإكلينيكيين أن يتحدوا (ينضموا ويرتبطوا) مع مرضاهم حتى يعملوا معاً بفعالية كفريق واحد. إن الانضمام (التوحد والارتباط) يُعزز التحالف العلاجي. وعلى الرغم من أن هذه العلاقة يمكن أن تُقيّم من وجهة نظر المريض أو الطبيب الإكلينيكي، إلا أن تقييم المريض لنوعية وقوة التحالف العلاجي يبدو مُتنبئاً أفضل نوعاً ما للمُخرج (النتيجة) العلاجي من تصورات الأطباء الإكلينكيين (D.Y. Lee et al., 1985). لقد استنتج فرسر وسولوفي (Fraser & Solovey, 2007) أن ما بين (21 و26%) من التفاوت (الاختلاف) في المخرجات العلاجية مرتبط بتصورات وإدراكات المرضى لهذا التحالف. وقد استنتج مارتن وجارسكي ديفيس (Martin, Garske, & Davis, 2000) في دراسة ما وراء التحليل للأدب المتعلق بهذا الموضوع أن المخرجات (النتائج) العلاجية كانت مرتبطة بقوة معتدلة بنوعية التحالف العلاجي، بغض النظر عمَن يقدر التحالف.

إن الانضمام مع مرضى جدد يُمكن أن يكون صعباً؛ لأن كلاً من المرضى والأطباء الإكلينيكيون يدخلون عملية المعالجة على اختلاف برامجهم (جدول أعمالهم) الخاصة، وأهدافهم، وقيمهم. وكما وصفت الآنسة ميتشنر، فهذا الاختلاف صحيح بشكل خاص بالنسبة للأطفال والمراهقين، الذين ينتدبون غالباً إلى المعالجة بواسطة الوالدين، أو خدمات حماية الطفل، أو أقسام العدالة للأحداث. أما النقد والمواجهة والحكم فأمور تُقوّض (تقلل من قيمة) التحالف العلاجي (Beutler et al., 2001; Serran et al ., 2003; Strupp,1996). ويستجيب المرضى لمثل تلك المنهجيات (النقد، المواجهة، الحكم) عن طريق الشك (ضعف الثقة والتكذيب) بطبيبهم الإكلينيكي، أو تقليل قيمة القضايا التي تبرز، أو الموافقة على التغيير بشكل سطحي في حين يُخفقون في إحداث التغييرات (Serran et al., 2003). أما بالإصغاء إلى المرضى والعمل معهم، فإن الأطباء الإكلينيكيين يُبلغون بقوة وبشكل مباشر أنهم على نفس الاتجاه ويسعون لنفس الأهداف (Fraser & Solovey, 2007).

ويُبنى التحالف العلاجي الفعال على الثقة المتبادلة، والرغبة، والاحترام، والاهتمام، وإدراك أن الطبيب الإكلينيكي يُمكن أن يكون مُساعداً. وينظُرُ المرضى إلى الأطباء الإكلينيكيين الذين يواجهون صعوبة في تشكيل تحالف علاجي على أنهم صارمون أو متمركزون حول ذواتهم أو لوّامون أو مُستَخِفُون (يقللون من شأن الأمور) أو متحفظون (لا يُبدون اهتماماً أو عطفاً) أو ذاهلون (مشتتوا الانتباه) أو

مُضجرون أو مُستغِلّون أو ناقدون أو متزمتون أو دفاعيون (Ackerman & Hilsenroth,2001). وعندما يركز الأطباء الإكلينيكيون على التحالف العلاجي، فإنهم يعترفون بأن المرضى يحتاجون للشعور بالأمان وبالثقة بهم (بالأطباء الإكلينيكيين) قبل أن يُمكنهم المُخاطرة بالتغيير. لذا يقترح مارتن وزملاؤه (Martin et al., 2000) أن الجلسات الأولى تُعتبر وقتاً هاماً بشكل خاص للتركيز على التحالف العلاجي، بيد أن هذه العلاقة يجب أن تكون مُعززة طوال المعالجة.

وبالرغم من أن التحالف العلاجي القوي هو بالتأكيد -تقريباً- شرط مسبق هام وضروري للتغيير خلال الإرشاد والعلاج بالتحليل النفسي (C. R. Rogers, 1957/1992)، إلا أن ثمة فروق فردية وثقافية هامة فيما يريده الأشخاص من الطبيب الإكلينيكي -قارن عائلة لي (الحالة التالية)، وريموندو سانتشيز (الفصلان الثالث والثامن)، وآني روجرز (الفصل الحادي عشر) على سبيل المثال. ويفضل بعض المرضى العلاقات الأكثر ثقة بينما يفضل آخرون العلاقات الأكثر عدالة. والبعض يفضل الاستشارة النظامية (الجدّية) بينما يرغب آخرون بعلاقات أدفأ وأكثر تعاطفاً (Lazarus,1993). وعادةً يُمكن أن يكون الأطباء الإكلينيكيون الماهرون والأقوياء غير مؤثرين، وذلك عندما يخفقون في مُطابقة (انسجام) أسلوبهم مع المرضى الفرديين.

ويمكن أن يتحقق الانضمام بطرق مختلفة عديدة، منها وضعيات الإصغاء والتنظيم لهذه العملية (بمعنى، وضع حدود آمنة، والحصول على الموافقة المسبقة، والتعاون على أهداف وطرق المعالجة)، والتي وصفت لاحقاً في هذا الفصل. وعلى أية حال، غالباً ما يتخذ الأطباء الإكلينيكيون خطوات صغيرة لكن مرئية (واضحة ومدركة) لمساعدة مرضاهم على إدراك أنهم مسموعون ومفهومون وأن إسهاماتهم في المعالجة مُقدّرة ومُحترمة ويصف الجدول (10.1) بعضاً من طرق الارتباط.

جدول (10.1):

استراتيجيات الانضمام (الارتباط)

الإصغاء باهتمام

مثال: " يبدو أنك قد مررت بأسبوع مجهد جداً وببعض الأوقات الصعبة، ولكن كان لديك أيضاً بعض الفترات الإيجابية وتعاملت مع الأسبوع بشكل أفضل من المعتاد ".

مثال: "حسناً، دعني أرى إذا كان بالإمكان أن أسمعك بشكل أفضل. لقد كان أسبوع تحدٍ، ولكنك واجهت ما رأيته ككمية مذهلة من النجاح."

مثال: " عندما كنت تتحدث عن والدتك، اخفضت عينيك وأصبح صوتك أهدأ. هل يمكنك أن تخبريني ماذا حصل لك؟

الاستفسار عن نقاط قوة المريض (المسترشد)

مثال: "لقد ذكرت بأنك قد تعرضت لثلاث مشاجرات هذا الأسبوع. ماذا عن باقي أيام الأسبوع؟ ما الذي جعله أفضل؟

مثال: "أنت سريع جداً بإخباري عن المشكلات التي ستمر بها. أخبرني ما الذي تعمله بشكل جيد".

عرض الخيارات

مثال: "ما الأشياء التي ترغب بعملها هنا؟"

مثال: "هل تريد أن تستخدم الطباشير الملّون الأحمر أم الأزرق."

المراجعة مع المرضى لإدراك كيف يعملون

مثال: "نحن نتحدث عن بعض القضايا الصعبة اليوم. كيف تتعامل معها؟ هل بالإمكان أن نستمر أم يجب أن نرتاح ونقوم بعمل شيء آخر؟"

مثال: "تحدثنا عن أشياء كثيرة الأسبوع الماضي. ما هو الأكثر أهمية بالنسبة لك؟"

مثال: "أنا أعلم أنك تعمل بشكل جيد خلال الأسبوعين الأخيرين. ما مستوى الاكتئاب لديك هذا الأسبوع؟"

احترام المرضى وقيمهم الثقافية

مثال: "أنا أعلم أن الأسبوع القادم هو (عيد ميلاده). هل ما زلت ترغب بمقابلته في هذا الوقت أم أنه يوجد وقت أفضل بالنسبة لك؟"

مثال: "يبدو أن جدتك مهمة بالنسبة لك ومصدر دائم للدعم".

مثال: العمل على احتواء العمل الفني والديكور الشامل للأجناس والأعمار والمجموعات الثقافية التي خدمتها الوكالة.

مثال: "التعلم عن ثقافة المريض.

الانتباه إلى الأجزاء غير العرضية (أجزاء بلا أعراض) وغير المُشكلة من حياة المرضى

مثال: بينما يتصافحون ويتواصلون بصرياً على نحو جيد: "أنا مسرور لرؤيتكما مرة ثانية سيد وسيدة جونسون. وهذا مثير! أنا حقاً أحب قصة شعرك الجديدة يا ديمار!؟.

مثال: "أرى أنك قضيت وقتاً جميلاً على الشاطئ الأسبوع الماضي!"

مثال: " ما أجمل صورة أطفالك! يبدو أنهم يحبون بعضهم الآخر كثيراً!"

قضايا خاصة في الانضمام Specific Issues in Joining

بشكل عام، يعتمد الارتباط (الانضمام) مع المرضى على أصالة (صدق) وتعاطف الأطباء الإكلينيكيين مع مرضاهم، ذلك سوية مع قدراتهم على إيجاد مدى آمن جسدياً وانفعالياً لتغيير وصياغة توضيح معقول للأعراض والمعالجة (Fraser & Solovey, 2007). وهذه قضايا متداخلة، لكنها تشير جميعاً إلى قدرة الطبيب الإكلينيكي على فهم المريض وإيجاد مكان مخصص يُسهل التغيير لتلبية حاجات المريض.

ويجب على الأطباء الإكلينيكيين أن يقوموا بعمل شيئين متناقضين ظاهرياً. من ناحية، ومن أجل تعزيز التحالف العلاجي، يجب عليهم أن يصدقوا مخاوف (مُقلقات) المريض والسبب الجوهري لاختيار منهج معين لحل المشكلة، ومع ذلك -من ناحية أخرى- يجب على الأطباء الإكلينيكيين أيضاً مساعدة المرضى على إيجاد منهج مختلف للمشكلة (Fraser & Solovey, 2007; Ivey & Ivey, 2003). وبشكل عام، يهتم الأشخاص بأن يُصبحوا مُتحصنين (دفاعيين) بحزم أكثر في المشكلات وفي الحلول المفضلة بدلاً من تجريب منهج آخر (Fraser & Solovey, 2007; Watzlawick, Weakland, & Fisch, 1974). وتتمثل الصعوبة هنا في الكيفية التي يُدرك بها المرضى المُشكلة أو الأمر الضاغط (المُجهد) —وليست الصعوبة في المشكلة بحد ذاتها. وتعتمد المساعدة على تغيير المرضى على الأطباء الإكلينكيين الذين يزودون المرضى بتوضيحات (تفسيرات) "للمشكلة" والمعالجة، والتي (التوضيحات) تتسق مع وجهات نظر المرضى العالمية، ويجدها المرضى معقولة ومقبولة، وتُحفّزهم على تجريب منهج مختلف (Fraser & Solovey, 2007).

إن المرضى ذوو التحالف الضعيف مع أطبائهم الإكلينكيين والذين لا يشتركون في أهداف معالجة أطبائهم الإكلينكيين أو يثقون بمنهج المعالجة هم أقل تعاطفاً مع المعالجة واشتراكاً بها، وأكثر احتمالاً لترك المعالجة، وأقل احتمالاً لتعميم المهارات خارج مكان العلاج (Garcia & Weisz, 2002; Weisz & Hawley, 2002). وكما نوقِش سابقاً، فإن الأطباء الإكلينيكيين يساعدون مرضاهم على تغيير أفكارهم ومشاعرهم وسلوكهم من خلال الإصغاء إليهم وفهمهم أولاً. إذ إن الإصغاء والاستجابة من خلال قِيّم وأهداف المرضى يُساعد المرضى الإكلينيكيين على الانضمام بشكل جيد والتدخل بشكل فعال وعملي.

مهارات الإصغاء غير اللفظية Nonverbal Listening Skills

عندما يصبح صخب العالم الخارجي صامتاً ستكون قادراً على سماع الاهتزاز الأعمق. استمع باهتمام.
Sarah Ban Breathnach

التغيير هو جزء أساسي وضروري للحياة: الفصول تتغير، والتقويم يتحرك للأمام باستمرار، والناس يتقدمون في السن. مع ذلك يجد العديد من الأشخاص التغيير صعباً وخطراً أصلاً. ومع ذلك، يجد العديد من الأشخاص التغيير صعباً للدخول إلى المجهول، ويواجهون صعوبة في أن يثقوا بأن بإمكانهم أن يتغيروا، ويعتقدون بأن التغيير يتضمن مخاطر حقيقية بالإضافة إلى منافع محتملة. إذ غالباً ما يبدو البقاء في وضع سيء أسهل من تجريب شيء جديد.

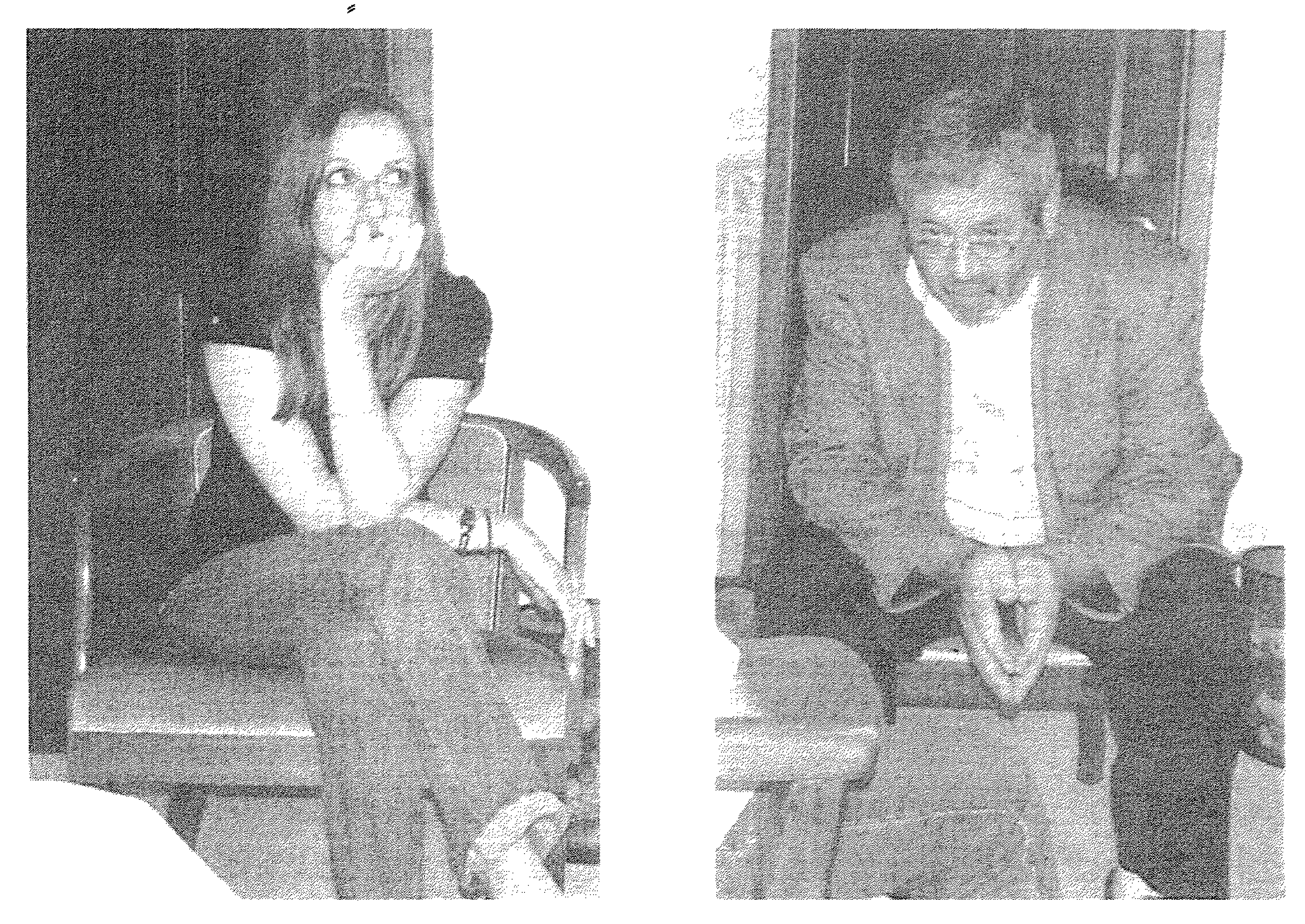
وكما وصفت السيدة ميتشنر في بداية مادة الحالة، فإن الإخفاق في الإصغاء باهتمام ودقة يُدمر التحالف العلاجي. أما التعاطف العلاجي فيتنبأ بمخرجات معالجة ناجحة، ورُبما يكون ذلك من خلال مساعدة المرضى على الشعور بالأمان الكافي تجاه المخاطرة بالتغيير (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006; L.S Greenberg et al., 2001). في الواقع، يُعد سَمَاعَ المرضى بشكل جيد وإيصال (نقل) فهم الفرد خُطوَة الطبيب الإكلينيكي الأولى لتطبيق أي تدخل فعّال (Ivey & Ivey ,2003).

ويُعد الإصغاء غير اللفظي جزءاً مهماً من الإصغاء، وهو استراتيجية تؤدي ثلاث وظائف في أوضاع المعالجة: (أ) تساعد الأطباء الإكلينيكيين على التركيز والاستماع بشكل جيد، و(ب) تُبلغ وتنقل الاهتمام والاحترام والتعاطف، و(ج) تبني وتقوي التحالف العلاجي.

ماذا يعمل المستمعون الفاعلون؟ في الثقافة الغربية، يمتلك المستمعون الفاعلون عدة سمات مشتركة: وضعيتهم مُسترخية (مرتاحة) منفتحة، أيديهم وأرجلهم غير متقاطعة. اسنظر الشكل (10.1). وهم يحافظون على انحناءة بسيطة إلى الأمام. أما التعابير الوجهية الدافئة والابتسامة فتساعد المرضى على أن يشعروا بالارتياح الكافي للقيام بمهمة المعالجة (Young ,2005). وتتعلق الابتسامة وإيماءات الرأس والتعبير الوجهي المُهتَم والتواصل البصري والوضعية المرتاحة والمنفتحة بتصورات المريض حول جدارة الطبيب الإكلينيكي بالثقة وخبرته وجاذبيته (D.Y. Lee et al., 1985). وبالرغم من أن المستمعين الفاعلين غير صارمين أو متوترين، إلا أنهم هادؤون ويتجنبون التململ والعادات العصبية الأخرى بشكل نسبي. إن المسافة الطبيعية بين الطبيب الإكلينيكي والمريض صغيرة نسبياً، مما يعكس ألفة العلاقة.

وكما يُرى في المثال الآتي والمستخلص من الإنترنت، فإن مهارات الإصغاء الضعيفة يُمكن أن تكون ذات تأثير سلبي جداً على العملية العلاجية. لاحظ كيف أثر سلوك هذا الطبيب الإكلينيكي على

مشاعر المريضة نحو طبيبها الإكلينيكي، وعلى ما تكشِفُ عنه وكيفية قيامها بذلك، وعلى ما إذا كانت ستعود إلى المعالجة –على الرغم من أن المعالجة تكون جيدة جداً في نواحٍ أخرى.



شكل (10.1): وضعية منفتحة (على اليمين) ومنغلقة (على اليسار)

لدي سؤال بخصوص المعالج الذي رأيته ثلاث مرات. هو جيد بالتأكيد فيما يعمله، وقد أظهر في فترة قصيرة بصيرة جيدة. لقد استطاع أن يثيرني للتفكير بشأن بعض الأمور التي أدت إلى بعض الإيحاءات (المعلومات) الهامة. أساساً، أنا سعيدة معه. المشكلة الوحيدة، والتي تؤدي إلى تخوف من العودة للجلسة الأخرى، هي أنني أشعر بأنه يُظهر إشارات تنم عن أنه إما لا يُحبني أو أنه مُتضايق بطريقة ما. أنا أتحقق من ألا استخدم لغة سيئة، ولم أناقش أي أمر غير لائق ... ورغم ذلك، لاحظت بأنه يجلس واضعاً رجلاً فوق رجل مشيراً للبعيد، وفي بعض الأحيان يقاطع يديه على صدره. أنا أميل إلى امتلاك وضعية منفتحة كما أريده أن يعرف أنني منفتحة لأفكاره و/أو اقتراحاته. ولا أعرف إذا كنت أوضح كثيراً في هذا أو لا. ثم إنني لا أبحث عن معالج يُحبني كلياً، لكنني لا أريد حقاً رؤية فرد يملك كراهية قوية أيضاً. إنه نوع من عدم الارتياح، ولا يبعث في الحقيقة على الكشف عن الأفكار والمشاعر الأعمق (Anonymous, 2008).

يُمكن أن تساعد مهارات الإصغاء القوية الأطباء الإكلينيكيين على الاستماع لمرضاهم بفعالية أكثر. وإحدى الطرق الفاعلة بشكل خاص للإصغاء غير اللفظي هي عَكسُ (نسخ) وضعية المرضى وحركاتهم وتنفسهم واللغة المستخدمة واللغة الغريبة (May, 1967). ويقوم العديد من الأشخاص

بعمل هذا طبيعياً، فعلى سبيل المثال يُسَرّعون حديثهم عندما يتحدثون مع شخص متحمس، ويتحدثون ببطء أكثر عندما يتحدثون مع شخص مكتئب وصامت. وبالرغم من أن العَكس (النسخ) عن كثب أكثر مما ينبغي يجعل بعض الأشخاص غير مرتاحين، إلا أن ملاحظة تنفسهم والسلوكات غير اللفظية الأخرى يُمكن أن تكون وسيلة لكسب التعاطف وإيصاله على حد سواء (Lakin & Chartrand, 2003; van Baaren, Holland, Kawakami, & van Knippenberg, 2004).

الصعوبات في فهم السلوكات غير اللفظية

Difficulties in Understanding Nonverbal Behaviors

الصعوبة الوحيدة في إظهار أو توضيح تلميحات الإصغاء غير اللفظي بفعالية هي أن التلميحات المختلفة يمكن أن تكون على خلاف مع شيء آخر. فالشخص ذو الوضعية المرتاحة والمُمتعة ربما يكون ذو جلد جاف، مما يُسبب له التلملل (القلق)، في حين أن شخص آخر قد يستمع بشكل جيد ولكنه ينظر بعيداً بينما يفكر.

حتى عندما يكون السلوك غير اللفظي واضحاً ومتسقاً، فإن التواصلات (تبادل المعلومات والآراء والأفكار-الرسائل اللفظية وغير اللفظية) قد تكون مُساءة الفهم والتمييز. فعلى سبيل المثال، قد يجد الأشخاص المُشخصون باضطراب الشخصية الهامشية أو باضطرابات ذُهانية خُيلائية (البارانويا) صعوبةً في الوثوق بالآخرين بغض النظر عن فعالية أسلوب إصغاء الشخص الآخر. أما الأشخاص ذوو وجهات النظر العالمية التي تُقوّض العلاقات البينشخصية فقد يكونون مُدركين ومتفاعلين مع الإشارات الدالة على المشكلات في العلاقات (مثل: التململ، التواصل البصري الضعيف) أكثر بكثير من الإشارات الدالة على الإصغاء الفعال.

ويعتقد بعض الأطباء الإكلينيكيين أنهم يستمعون بشكل أفضل عند استخدام أساليب أخرى للإصغاء؛ ومع ذلك، يجد العديد من المرضى أن من الصعب الوثوق بأن الأشخاص الذين يتململون أو يعبثون أو ينظرون للبعيد أو يجلسون بوضعية منغلقة أو الذين يخفقون في عكسهم (نسخ ما يصدر عن المرضى) يستمعون ويأخذون المرضى بجدية. ويُمكن أن تتأثر نسبة أو مستوى كشف الذات لدى المرضى بإدراكهم أو تصورهم بأنهم غير مسموعين. وبوصف الإرشاد والعلاج بالتحليل النفسي متعلقان بالمريض بدلاً من الطبيب الإكلينيكي، فإن الأطباء الإكلينيكيين يحتاجون إلى إيجاد طرق لإيصال وإبلاغ فهمهم بصدق وبطرق سيفهمها مرضاهم، حتى عندما تبدو تلك الطرق صعبة أو غير ملائمة أولياً للطبيب الإكلينيكي.

وتؤثر الثقافة على كيفية توضيح وتفسير السلوكات غير اللفظية. إذ يرى الأمريكان الأوروبيون، بشكل عام، التواصل البصري دالاً على الاحترام، ويرون غيابه دالاً على الإخفاق بالاستماع، لكن الأشخاص من الثقافات الأخرى وخاصة الآسيويين، والأمريكيين الأصليين، والأمريكيين الأفارقة كبار السن قد يرون التواصل بالعين على أنه عدم احترام تحت بعض الظروف (Paniagua, 1998). أما اللمس فيُمكن أن يكون مهدئاً أو مثيراً للقلق، وذلك اعتماداً على تاريخ المريض في الإساءة والعنف. يُظهر بعض المرضى ارتياحاً بالصمت الطويل، بينما الآخرون -وخاصة المراهقين- يجدونه غير مريح. ويراقب الأطباء الإكلينيكيون الفاعلون ويضبطون سلوكهم ويلاحظون تأثيره على مرضاهم، مُعدّلين من أسلوب استماعهم لكي يكون فاعلاً مع كل مريض على حدة.

الاستجابة لكل من المحتوى والطريقة
Responding to Both Content and Process

معظم أساس الحاجات البشرية هو الحاجة إلى أن تَفهم وتكون مفهوماً. وأفضل طريقة لفهم الناس هي الاستماع إليهم.
Ralph Nichols

إحدى صعوبات استخدام السلوك غير اللفظي لفهم الشخص الآخر أو لإيصال (لإبلاغ) فهم الفرد ذاته هو أن السلوك غير اللفظي غامض ومن الممكن أن يقصد أشياء كثيرة مختلفة. هل إخفاق المريض في إحداث التواصل البصري يرجع إلى الشعور بالخزي (الخجل أو الحياء) أو الإحباط بشأن أن يكون مفهوماً دوماً، أم إلى المهارات الاجتماعية الضعيفة، أم إلى تدني احترام الذات؟ هل يرجع صمته إلى الفشل والارتباك، أم إلى الإخفاق في إيجاد كلمات للرد، أم إلى منح الشخص الآخر -باحترام- مجالاً للحديث؟ إن جمع أنواع أخرى من المعلومات يُمكن أن يساعد في الإجابة عن هذه الأسئلة.

ويركز الناس بشكل عام على الكلمات ونبرة الصوت من أجل فهم أفكار الآخرين. وعلى السلوك المرئي غير اللفظي من أجل إدراك مشاعرهم (Hall & Schmid Mast, 2007). ويُعد الانتباه والاهتمام بمحتوى حديث المريض -الأفكار والمشاعر التي يتم التعبير عنها بشكل صريح وعلني- سبيلاً هاماً لتطوير الفهم التعاطفي. ولرُبما يعيد روبي (Robbie) صياغة مخاوف آنا ميتشنر التي عبّرت عنها لفظياً بهذه الطريقة:

روبي: يبدو أنكِ تتمنين لو أنهم قد سألوا أناساً آخرين غير أمك، لكي تصبح الصورة مكتملة وأكثر صحة عنك. ثم إنهم إذا استمعوا حقاً لك، فسيطورون تشخيصاً مساعداً أكثر، وستتلقين مساعدة أكثر مما كُنتِ قد مُنحتِ.

إن إعادة صياغة روبي السابقة لمخاوف آنا تُوصِل (تنقل) فهمه وتبني علاقته معها على

حد سواء. و(إعادة الصياغة) تُسهّل عمليات كشف أكثر من خلال الإشارة إلى أن آنا يُمكن أن تكون مفهومة دون أن تُقيم (يُحكم عليها برأيٍ) أو تُرفض.

وعلى الرغم من أن محتوى حديث المريض العلني هامٌ، إلا أن المرضى يُضمنون رسائل غير مباشرة في تعبيراتهم. لقد استخدمت الآنسة ميتشنر بضع كلمات حساسة؛ ومع ذلك، فقد كان لتعبييرها خبرة عاطفية وانفعالية جداً. وعندما قالت الآنسة ميتشنر: "يحتاج كل فرد إلى أن يشعر أنه مفهوم ومُصدّق ومُساند، لكن الأطفال هم الأكثر حاجة إلى ذلك"، فقد لَمّحَت إلى أنها لم تشعر بأنها مفهومة أو مُصدَّقة أو مُسانَدة. وعندما سألت: "أَلاَ يُمكن عمل هذا [دعم الوالدين والقائمون على الرعاية] بطريقة تُساعد، بدلاً من أن تؤذي، الطفل ذا الطاقة الأقل والمُحتاج أكثر أصلاً؟" فهي تلمح بأنها قد شعرت بالأذى من خلال الدعم الذي حظين به والدتها وجدتها. وربما يَرد روبي كالآتي:

روبي: يبدو أنك قد شعرت بأنك لوحدك، ومُساءة الفهم، وغير مُسانَدة خلال تلك الفترة. إن مساندتهم لوالدتك وَجَدَتُك كان يُمكن أن يكون مُساعِداً لهن، لكنك أوذيت بذلك.

إذا كان انعكاس المشاعر هذا فعالاً، فإن الآنسة ميتشنر لربما استمعت، وارتاحت، وأومأت برأسها، وتوسعت فيما كانت تقول، لعلها تقول: "نعم، أحسست ألا أحد يهتم". أما إذا كان انعكاس المشاعر خارج المسار فلربما توقفت الآنسة ميتشنر، وحبست أنفاسها، وكسرت التواصل البصري، ورَدّت من خلال التصحيح لطبيبها الإكلينيكي: "حسناً، شعرت حقاً أني مذنبة أكثر بطلب المساعدة"، أو بتغيير الموضوع، أو بتقديم استجابة سطحية نسبياً. وكما يتضح في هذا المثال، فإن طريقة وأسلوب المريض – كالتغييرات في السلوكات غير اللفظية عبر الوقت، وفي تراصف (وضع الأمور جانب بعضها) المحتوى، وكردود الأفعال الانفعالية والسلوكية، وغيرها –يُمكن أن تكون مُساعِدة جداً في تمييز وتوضيح قَصد المريض.

إن قدرة الآنسة ميتشنر على تمييز الأذى الذي واجهته، ومقارنتها بين خبرات ماضيها وحاضرها توحي بأنها (الخبرات) لم تكن فقط "مختلفة على نحو مدهش"، لكن كانت كذلك أكثر إيجابية، وبأنها تشعر أنها أوذيت بشكل أقل. وقد تُكمل روبي بقوله:

روبي: على الرغم من أنك شعرت أنك وحيدة جداً بعد ذلك، لكن أن تكوني مسموعة ومفهومة يبدو الآن لكي يكون مُساعِداً ومشفياً على حد سواء.

لا تعتمد ردود روبي على كلمات الآنسة ميتشنر فقط، لكن أيضاً على الانفعالات غير

المُفَعَّلة الكامنة (انفعالات لا تظهر لفظياً ولا فعلياً). إن تحدي روبي يُعالج التناقضات بين سمةٍ وأخرى لما قالته الآنسة ميتشنر، مما يسمح له بنقل صورة أكمل، وأكثر كمالاً ودقة عن خبرتها.

ثم إن ما يقوله المرضى يُنظم ويُعدّل من خلال متغيرات الطريقة (الأسلوب-Process)، التي تتضمن التغيرات في السلوكات غير اللفظية، والتناقضات بين الكلمات والسلوك غير اللفظي. كيف كانت تجلس الآنسة ميتشنر بينما كانت تتكلم؟ هل استخدمت وضعية منفتحة بانحناءة للأمام، أم كانت مستديرة مع وضعية منغلقة متوترة؟ كيف كانت تبدو نبرتها؟ هادئة أم معبرة أم مترددة؟ وفيما لو تغيرت نبرتها ووضعيتها خلال الجلسة، فمتى كان هذا التغير؟ ما الذي كانت تتحدث عنه في تلك اللحظة؟ ربما لو كانت الآنسة ميتشنر متوترة ولكن بوضعية منفتحة، وتحدثت بتردد ولكن دون إخفاء أفكارها، فإن روبي سيرد بدلاً من ذلك بشكل مختلف نوعاً ما:

روبي: بالرغم من أنك شعرت أنك وحيدة جداً بعد ذلك، لكن يبدو أنك تشعرين بأنك مسموعة ومفهومة الآن. وما يزال التصديق بأنك ستكونين مفهومة أمر مخيف؛ ومع ذلك، فأنت مستعدة لتحمل لتحمل بعض المخاطر البسيطة.

أخيراً، إن تعبيرات المريض وسلوكاته غير اللفظية السابقة تستطيع احتواء (أن تضع في السياق) وتوضيح التعبيرات والسلوكات غير اللفظية اللاحقة: وهذه تغيّر التفسيرات حول نوايا المريض وقصده (Gesn & Ickes, 1999). فعلى سبيل المثال، تخيل لو قالت الآنسة ميتشنر "بالطبع، يستحق القائمون على الرعاية التعاطف مع مهمتهم البارزة في تربية الأطفال ومساندتها"، فهل تقول هذا بوضوح أم تنتقد نظام الصحة العقلية؟ إنَّ قصدها (المعنى الذي أرادته) يمكن أن يُكتشف بمراعاة استخدامها المثالي للتأكيد اللفظي (Verbal unnderlining)، واستخدامها السابق للسخرية، والمناقشة المُسبقة لهذا الموضوع. ومع ذلك، فبينما يُمكن أن تُساعد معرفة شخص ما بشكل جيد على التوصل إلى استدلالات مُطلعة ومفيدة أكثر، فهي تزيد كذلك من الميل إلى ملاءَمة وموافقة الملاحظات الجديدة مع الفرضيات الموجودة مسبقاً. ويستطيع الأطباء الإكلينيكيون الذين يدركون المَيل الطبيعي للارتباط بعملية تأكيد التوقع (Expectancy Confirmation-الميل إلى إدراك السلوكات التي تُلائم وتوافق توقعات الفرد وإهمال الدليل الذي يُثبت بُطلان تلك التوقعات من نواحٍ أخرى) أن يتخذوا خطوات لتجنب الانحصار والتقيد بأنماط التفكير القديمة وغير المُساعدة حول المرضى (Trope & Thompson, 1997).

لقد ناقش هذا الجزء الأساليب والطرق المتعددة التي يستخدمها المريض في التواصل. وقد تم تلخيص عدد من السلوكات اللفظية وغير اللفظية التي يُمكن أن تبني الفهم في الجدول (10.2). وعندما يستمع الأطباء الإكلينيكيون لمرضاهم باهتمام، مُدركين طبقات الرسائل الكامنة في كلام المرضى، فإن المرضى أكثر احتمالاً للشعور بأنهم مفهومون بأسلوب يبني التحالف العلاجي.

جدول (10.2):

السلوكات اللفظية وغير اللفظية التي يُمكن أن تساعد الأطباء الإكلينيكيين على تطوير فهم تعاطفي.

- **المحتوى:** الرسالة العلنية المُبلّغة بواسطة كلمات المريض وحدها. وعندما تُناقض بالمؤشرات الأخرى، فهذا قد يشير إلى ما يعتقدون أو ما يودون أن تعتقده أنت.
- **اختيار الكلمة:** تمنح كلمات المرضى أدلة علنية للنبرات الانفعالية وللمعنى الذي يريده المريض (مثل: "أشعر لذلك أنني وحيد").
- **التأكيد اللفظي:** كلمات موجودة في نفس الجملة يمكن أن تُؤَكَد بشكل مختلف (مثل: "إنه شخص مهم بالنسبة لي"، "إنه شخص مهم بالنسبة لي") مُسببةً تغيراً في المعنى.
- **اللغة الغريبة:** تقدم السرعة وحجم الصوت (جهارته) والتغيرات في الترنيم (ارتفاع وانخفاض طبقات الصوت)-(مثل التحدث بشكل سريع وهبوط حجم الصوت في نهاية الجملة) إشارات حول أسلوب التواصل، ومتغيرات الشخصية، والحالات الانفعالية الأكثر حدة، بما في ذلك الاكتئاب والقلق والسلطة والإصرار.
- **التناقضات:** يُمكن أن تحدث التناقضات فيما بين الكلمات، فيما بين السلوكات غير اللفظية، أو ما بين الكلمات والسلوكات غير اللفظية. وتُضَخِمُ التناقضات المعنى الذي يقصده المريض من خلال التلميح (اقتراح) إلى جانبين متضادين لمعتقدات المريض أو مشاعره (مثال: قد تقول بينما أنت متردد ولا تتحرك: "حسناً، لقد حان الوقت للذهاب الآن"، قد تقول بينما تحني ظهرك وتنظر للبعيد: "أنا أحبك").
- **معدل وشدّة التنفس:** يعكس التنفس نشاط النظام العصبي التلقائي (اللاإرادي) والمستويات المرتبطة بالإجهاد أو القلق. إذ يشير التنفس العميق والبطيء إلى الاسترخاء؛ أما التنفس السريع والضحل فيشير إلى الإجهاد أو القلق. وقد تدل التغيرات في التنفس خلال الجلسة إلى مواضيع خاصة مرتبطة بالقلق المتزايد أو المنخفض.
- **التواصل البصري:** وهو سلوك هام غير لفظي، لكن يُمكن أن يشير إلى العديد من الانفعالات المختلفة؛ بما فيها الاهتمام، أو التحدي، أو الاحترام، أو عدم الاحترام (الازدراء)، أو الغضب. إذ يُمكن أن تعني الانقطاعات في التواصل البصري الخزي (الخجل والحياء)، أو ضعف احترام

الذات، أو الاحترام، أو الشعور بالذنب، أو الملل، أو عدم الاهتمام، أو حاجة الشخص لتجميع أفكاره. ويمكن أن يُميّز معنى التواصل البصري من خلال التلميحات السياقية والدراية والمعرفة بسلوك الشخص عبر الوقت.

- **التعبيرات الوجهية: تؤثر الحواجب المرفوعة والابتسامات والجباه المجعدّة والتعابير الوجهية الأخرى على معنى السلوكات اللفظية وغير اللفظية الأخرى. وتُعد هذه سلوكات غامضة ولكنها ذات معانٍ. أما الشدّ والتوتر البارزين حول الفك والعيون والفم فيؤثران على التفسير المعين.**
- **الوضعية: تتميز الوضعية المنفتحة بالتوتر الجسدي القليل، والأطراف الجسدية غير المتقاطعة، والانحناءة الخفيفة للأمام في أغلب الأحيان. أما الوضعية المنغلقة فتتميز بالتوتر الجسدي الكبير والأطراف المتقاطعة (انظر الشكل 10.1).**
- **المجال الشخصي: بشكل عام، يوحي المجال الشخصي الأكبر بالعلاقة الأكثر رسمية أو الأقل ألفة أو بصعوبات في الثقة، أما المجال الشخصي الأصغر فيوحي بثقة وألفة أكبر أو وضع أقل رسمية.**
- **اللمس: يُمكن أن يُعبرَ عن الألفة أو الاطمئنان؛ لذا كُن مُهدِءاً، أو اعرِض قوة أو عدواناً، وذلك اعتماداً على السرعة، والضغط، وحجم وسرعة البادرة (الإشارة)، وعلاقتها بالتواصل اللفظي وغير اللفظي.**

إسهامات المرضى في المعالجة

Clients' Contributions to Treatment

> **أعرف أنك تظن بأنك تفهم ما تعتقد أنني قد قلته، ولكنني غير متأكد إن كنت تدرك أن ما سمعته ليس ما أنا قصدته.**
> **روبرت مكلوسكي**
> **Robert McCloskey**

يُقدم الأطباء الإكلينيكيون إسهاماً هاماً لعملية التغيير العلاجي، لكن التغيير لم يُعمِل للمرضى بل مع المرضى. لقد وصفت الأجزاء السابقة من هذا الكتاب عملية التقييم التي يقوم بها الأطباء الإكلينيكيون. وبالرغم من أن هذه العملية هامة، إلا أن تقييم المرضى لأطبائهم الإكلينيكيين ولعملية التغيير ربما يكون أكثر أهمية (Fraser & Solovey, 2007; D.Y. Lee et al., 1985).

[المريض] يُقرر ما إذا كان بإمكانه أن يثق بالطبيب الإكلينيكي تبعاً لعالمه المُفترض. ويعمل المريض مع مجموعة من المعايير المُستندة على خبراته وتجاربه الفريدة مع الآخرين ومع المُساعِدين السابقين. وقبل أن يَسمح للمعالج لكي يكون مُعترَفاً به في مُعتكفه (صومعته أو مُعتزله أو عالمه) الداخلي —وهو جزء منه يقع ضمن نظام حماية الذات المتعلق به— فإنه بحاجة إلى أن يمتلك

الإحساس بالمعالج كشخص (كإنسان). هل المعالج شخصٌ قادر على فهم مشكلته؟ هل يهتم به المعالج بصدقٍ ويحترمه على الرغم من مشكلته؟ هل المُعالج أصيل (صادق وحقيقي) ومُنسجم أم أن هنالك إشارة لبرنامجٍ (أجندة) مخفي؟ هل يبدو الطبيب الإكلينيكي كفؤاً ومؤهلاً؟ هل يعرف المُعالج ماذا يعمل (ما العمل) بشأن مشكلة المريض؟ (Fraser & Solovey, 2007, P. 89).

لا بُدّ أن يكون المرضى متفائلين وواثقين من أن بإمكانهم أن يتغيروا، وذلك مُقابل الحاجة للتغيير فقط (Frank & Frank, 1993; Goldfied, 2004). وبالرغم من أن الأطباء الإكلينيكيين يُمكن أن يتصرفوا ويعملوا بطرقٍ تُثير الأمل، إلا أن المرضى يجب أن يكون لديهم اعتقادهم الخاص بأن بإمكانهم أن يتغيروا. ومن الممكن أن يهتم الأطباء الإكلينيكيون بمرضاهم، بيد أنّ المرضى يجب أن يشعروا ويتلمسوا ذلك الاهتمام (Goldfried, 2004). ويجب على الأطباء الإكلينيكيين أن يتقبلوا مرضاهم، ولكن المرضى يجب أن يشعروا أنهم مقبولون. ويُمكن أن يستمع الأطباء الإكلينيكيين باهتمام إلى مرضاهم، لكن المرضى يجب أن يكونوا راغبين وقادرين على التعبير عن عواطفهم وانفعالاتهم لكي يكون بالإمكان سماعهم (Zakiet al., 2008). علاوةً على ذلك، فبينما يتوقع ويتنبأ نمط شخصية الأطباء الإكلينيكيين وسلوكهم المُصغي بقوة التحالف العلاجي، إلا أن حافز المرضى للتغيير وقدرتهم على أن يكونوا منفتحين ومتعاونين بدلاً من مقاومين ودفاعيين هي أفضل مُتنبئ للمخرجات العلاجية الإيجابية (Taft, Marphy, Musser, & Remington, 2004).

تحدث في الانضمام مشكلات. فعندما تُصبح المعالجة خارج المسار، والمرضى غير مُطاوعين لخطط معالجة الأطباء الإكلينيكيين، فإن العديد من الأطباء الإكلينيكيين ينسبون المشكلات إلى المرضى (Bohart, 2001). ثم إن اعتبار المرضى كمقاومين للمعالجة -بحد ذاته- سيتدخل (يتصادم) في المعالجة، وذلك مثله مثل التدخلات الناقدة والمُصدرة للأحكام (Beutter et al., 2001; Serran et al., 2003; Strupp, 1996).

يُجادل بوهارت بأن الانضمام يجب أن يكون أكثر من مجرد نيل الالتزام بخطط معالجة الطبيب الإكلينيكي؛ بل يجب أن يتضمن تطوير تعاون حقيقي بين المريض والطبيب الإكلينيكي. وعندما يعترف الأطباء الإكلينيكيين بأنهم سيواجهون وقتاً صعباً يستمعون فيه ويتعاطفون مع مرضاهم أو يُدركون نقاط القوة بالإضافة إلى الأعراض والمشكلات، فلا بد من أن يتراجعوا ويركزوا على التحالف العلاجي.

يجب أن يكون الانضمام عملية مستمرة ومتقدمة مع الأطباء الإكلينيكيين الذين يصلون إليه كثيراً ويقيّمون نوعية التحالف العلاجي. ويحدث الانضمام ضمن كل جلسة: في البداية عندما يسأل الأطباء

الإكلينيكيون عن الطقس أو قيادة المركبة؛ وفي منتصف الجلسة بينما يُصغي الأطباء الإكلينيكيون بشكل حساس لوجهات نظر المرضى؛ وفي النهاية عندما يضع الأطباء الإكلينيكيون الواجب البيتي الذي يكون مُتسقاً ومنسجماً مع مهارات واحتياجات وأهداف مرضاهم العلاجية الفردية. وبينما يحدث الانضمام في أول جلسة، فإن على الأطباء الإكلينيكيين تقييم وتعزيز التحالف العلاجي في الجلسات اللاحقة أيضاً. لاحظ أثناء القراءة عن عائلة لي (Lee) (انظر الفصل الخامس والثامن أيضاً) كيف ركز بعض الأشخاص على أهدافهم العلاجية الخاصة أكثر من فهم عائلة لي وإدراك ومواجهة عوائق المعالجة. كيف أثر هذا على عملية المعالجة؟ انتبه إلى أنماط التعلُّق التي ساعدت الأطباء الإكلينيكيين على الانضمام بشكل جيد مع عائلة لي.

الانضمام (الارتباط) إلى عائلة همونغ الأمريكية

Joining with a Hmong American Family

عائلة لي (The Lee Family)

إن الطرق التي كان العاملون الأمريكيون قادرين من خلالها على أن يكونوا فاعلين مع عائلة لي وعائلات الهمونغ الأخرى هي طرق تعليمية، والتي من خلالها كان بعض العاملين قادرين أيضاً وبوضوح على أن يكونوا فاعلين مع هذه الفئة السكانية –على الرغم من أنهم ليسوا همونغ، بينما كان بعض مترجمي الهمونغ أو الاتصال الثقافي غير مؤثرين على نحو مدهش (Fadiman, 1997). لقد اختارت آن فاديمان (Anne Fadiman) مِي ينغ (May Ying) لتكون مترجمة ووسيطاً ثقافياً.

> استناداً إلى نوع جنسنا وأعمارنا، شكّلنا فريقاً ذا منزلة متدنية بلا تردد. والذي ظهر بأنه ذو فائدة. أنا لم أكن بحاجة إلى منزلة ووضع أكثر في بيت عائلة لي. وإذا احتجت لشيء فهو حاجتي إلى منزلة أقل. ومنذ وصول عائلة لي إلى الولايات المتحدة، فإنهم كانوا يقابلون الأمريكيين الذين –سواءً بسبب تعليمهم أو معرفتهم بالإنجليزية أو بسبب مواقعهم من السلطة النسبية- جعلوهم يشعرون كما لو أن عائلتهم لم تحظ بالتقدير (لم تكن مهمة) بالنسبة للكثيرين. الشيء الوحيد الذي لا يُمكن للهمونغ أن يتحملوه هو التقليل من الشأن (الاستصغار)... بوجود مِي ينغ بجانبي لم أكن مسؤولاً، ولم أشكل تهديداً، ولست ناقداً، ولا الشخص الذي كان يحاول استمالة عائلة لي لتعمل أي شيء لا تريد عمله. ولم أكن حتى مجرد شخص ما سيؤخذ بجديّة كبيرة. لقد كانت تفاهتي النعمة التي حفظتني. (PP. 96-97).

سوكي والر (Sukey Waller)، طبيبة نفسية عَزَت (نسبت) نجاحها مع مجتمع الهمونغ الأمريكي إلى التطابق والانسجام بين نظرتها العالمية وأسلوبها الشخصي مع نظرة العديد من الهمونغ العالمية وأسلوبهم الشخصي.

تجمعني والهمونغ أشياء كثيرة مشتركة. فلدي شخصية ثانوية فوضوية. وأنا لا أحب الإكراه. وأعتقد أيضاً بأن الطريق الطويل هنا وهناك هو غالباً أقصر الطرق من النقطة (أ) إلى (ب). وأنا غير مهتمة جداً بما يسمونه بشكل عام الحقيقة. برأيي، أن الحقيقة التوافقية (بالإجماع والرضا) هي أفضل من الحقائق (الوقائع). (Fadiman, 1997, p, 95)

يتوقع الفرد أن عائلة لي تكره جينين هلت (Jeanin Hilt)، وهي عاملة خدمات حماية الطفل التي أَخْلَت لايا من بيتهم. ومع ذلك، فإن عائلة لايا تحبها لعدة أسباب:

"ليس كخاطفٍ للايا بل كراعٍ لها، وهي الشخص الذي أعطى لايا النقود التي لا تقدر على توفيرها" ... (لقد كانت إحدى الأمريكيتين اللتين) تحدثت اليهما، ولم تصفا عائلة لي على أنها عائلة مكممة الأفواه وبليدة الفهم؛ وهذا ليس بنفس الوقت، فلقد كانت أيضاً الأمريكية الوحيدة التي سمعت صديقاتي دائماً (فوا أوناو كاو) يشرن لها بالاسم ... لقد ردّت واستجابت عن طريق تعلم أسماء أشقاء لايا الثمانية جميعاً ... لقد بَدَت دافئة ومتواضعة. وحتى حجمها (خمسة أقدام وملفوفة الجسم) كان أقرب لمقياس الهمونغ (Fadiman, 1997, pp. 112-113).

وجدت الآنسة هلت فائدة أخرى لكونها قادرة على القيام بزيارات بيتية. فلقد كانت قادرة هناك على استخدام (مِي)-ابنة لي -كمترجمة، بالإضافة إلى أن (مِي) كانت قادرة على إعادة وتفسير ماذا قيل حتى بعد مغادرة الآنسة هلت.

1. تبنت كل من آن فاديمان وسوكي والر وجينين هلت تكتيكات (ترتيبات) مختلفة للعمل بنجاح مع عائلة لي ومجتمع الهمونغ الأمريكي. ماذا كانت هذه التكتيكات؟ هل توجد أية قواسم مشتركة؟
2. قد لا يساعدك حجمك وعمرك من الانضمام بفعالية مع عائلة لي. كيف يمكنك أن تستعمل صفاتك الفريدة للانضمام إلى عائلة لي؟

هيكلة المعالجة Structuring Treatment

حتى لو أنك ترتجل، فالحقيقة أنك تعرف بعض الأشياء التي ستعمل على مساعدتك على جعل تلك الارتجالات ناجحة.
John Cale

إن تطوير بنية (تركيب) آمنة يقوي التحالف العلاجي أيضاً بالنسبة للعديد من الأشخاص (Fraser & Solovey, 2007). ولهذه الهيكلة (التركيب) ثلاثة مظاهر مُناقشة هنا، وهي: إيجاد بيئة آمنة بحدود فاعلة، والموافقة المسبقة، وتطوير خطة معالجة. أما المظاهر الأخرى فقد تمت مناقشتها في الجدول (10.3). وفي كل حالة، عندما تؤدى هذه العمليات (المظاهر) على نحوٍ جيد، فإن الوضوح المتزايد الذي توفره هذه المظاهر يُساعد المرضى على الشعور بأنهم مُحترمون وأكثر قدرة على تحمل مخاطر المعالجة.

إيجاد مكانٍ آمنٍ للمعالجة

Creating a Safe Setting for Treatment

التغيير مُغامرة خطرة، وعلى الأطباء الإكلينيكيين أن يُساعدوا المرضى على أن يشعروا بالأمان الكافي لاتخاذ الخطوات الضرورية للتغيير (Friedlander et al., 2008). وعندما يكون الأطباء الإكلينيكيون أصليين (صادقين) ومخلصين ويثقون بفاعلية التدخلات التي يقدمونها، وعندما يبذلون جهداً جاداً لفهم المرضى –ويشعر مرضاهم أن أطباءهم الإكلينيكيين يُحاولون فهمهم من وجهة نظرهم (وجهة نظر المرضى) الخاصة– عندها يثق المرضى بأن أطباءهم الإكلينيكيين يمكن أن يساعدوهم على أن يتغيروا (Fraser & Solovey, 2007). وقد طُوِّر الأمان (Safety) أيضاً من خلال إيجاد البيئة الطبيعية التي تُشجع الأمان، ومن خلال تعزيز تصورات المريض بقدرة وكفاءة الطبيب الإكلينيكي، وجعل بيئة الإرشاد مريحة وخالية من النقد وإصدار الأحكام.

يُنشئ الأطباء الإكلينيكيون مكاناً طبيعياً آمناً من خلال استخدام حواجز الضوضاء (Noise Screens). وبامتلاك مداخل/أبواب للمرضى (Client Entrances) تحمي خصوصية وسرية المريض. وبإيجاد أساليب لتدفق المرضى داخل المكتب بما يخفض من احتمال مرور المرضى ببعضهم البعض، وإضاءة مواقف السيارات بشكل جيد (Friedlander et al., 2006). ثم إنّ بَدء وإنهاء الجلسات في وقتها المحدد، وتجنب العلاقات المتعددة مع المرضى يضع حدوداً انفعالية آمنة للمعالجة. علاوةً على ذلك، فإن القيام بعمليات الكشف الذاتي وتقبل الهدايا واحتضان المرضى فقط تبعاً لاحتياجات المرضى ولأفضل المنافع تُعد من الأمور التي تعزز الحدود الفعالة (Knapp & Vandecreek, 2006).

يستخلص المرضى النتائج حول الممارسة من الأسلوب الذي يُنظّم به المكتب ويُزيّن. انظر الشكل (10.2). وتتعلق بعض هذه النتائج بكفاءة وقدرة الطبيب الإكلينيكي. أما الحصول على الموافقة المسبقة من أجل المعالجة، وعَرضُ إجازات مزاولة المهنة والشهادات العلمية (كما هو مطلوب بقانون الولايات المتحدة)، واقتناء الكتب المتعلقة بطبيعة العمل والممارسة، واستخدام مقاييس التقييم المناسبة، ومتابعة الممارسات الإكلينيكية المقبولة –كُلّها– تَنُمُّ عن الطبيب الإكلينيكي كفؤ وأن المرضى سيتلقون المعالجة آمنين.

وعلى الرغم من أن الممارسات والأغراض (المقاصد والأهداف) الملموسة يُمكن أن تُشير إلى الأمان، إلا أن الأمان يجب أن يُعزز في مستوى كشف الذات لدى المريض. ادرُس المشهد القصير الآتي من المُرشد غير البارع (The Clumsy Counsellor)، وانتبه لردود أفعالك بينما تقرأ (Walker, Jacobs, & Crisp, 1992).

المريضة: ثمة أمر ما زال يُزعجني بحق. لقد كُنتُ واقعةً تحت مثل هذا الضغط مؤخراً. أنا خائفةٌ الآن من أن يتدمر ذلك الأمر، ومن أنني سأؤذي الأطفال.

المرشدة: بإمكاني أن أفهم أنكِ واقعة تحت مثل هذا الضغط، بيد أنكِ تعرفين كما أعرف أنه لا يجب أن تقومي بعمل أي أمر مثل ذلك. (المشهد الخامس).

لربما شعرت المريضة بالحُكم عليها، واعتقدت أن مُرشدتها قد رأتها كشخص غير مؤهل وغبي. ونتيجةً لذلك، فمن المحتمل أن تمر المريضة بوقت صعب يكشف فعلاً أفكاراً أو انفعالاتٍ محرجة أو مُخجلة أخرى. لاحظ أنها لم تُشر إلى أنها كانت تُخطط أن تؤذي أطفالها، فقط كانت خائفة من أنها قد تقوم بذلك. يملك الناس العديد من الأفكار والانفعالات التي ربما لن يتصرفوا بناءً عليها أبداً، لكنهم يقلقون بشأنها مع ذلك.

جدول (10.3):

استراتيجيات بناء الجلسات بشكل جيد

- **أبلغ المرضى شفوياً وبالكتابة لتكسب موافقتهم على المعالجة. واصِل هذه العملية عبر المعالجة عند الضرورة.**
- **أوجد مكاناً آمناً (أبواب مغلقة، وستائر على النوافذ، وحواجز الضوضاء، ومداخل خاصة، خزائن مغلقة لحفظ الملفات، ومواقف مُضاءة للسيارات).**
- **احترم المجال الشخصي للمرضى، مُحركاً الكراسي القريبة جداً أو البعيدة جداً كُلٌّ على حدة بالنسبة للمريض الفردي.**
- **احفظ مسار المعالجة وأهداف الجلسة، جاعلاً كلاهما واضحاً بالنسبة للطبيب الإكلينيكي والمريض على حد سواء. واعمل بثبات تجاه تحقيق الأهداف.**
- **امكث ضمن الوقت المخصص للجلسة، مهما كان ذلك الوقت، مبتدئاً في الوقت المحدد ومُنتهياً في الوقت المحدد كذلك؛ قدر الإمكان**
- **بيّن أن الخصوصية والسريّة أمر مهم ومُقدّر ومحترم، وذلك من خلال الحصول على الموافقات المُوقعة لنشر المعلومات ومن خلال حماية خصوصية المرضى (مثل: التحدث عن المرضى فقط في الأماكن وبالأساليب التي تحفظ الخصوصية؛ وضع قوائم الأسماء ودفاتر المواعيد في أماكن خاصة حيث لا يُمكن تمييز أسماء المرضى).**
- **اجمع الفواتير والأجور المرافقة بأسلوب مناسب ومتوقع.**
- **انهِ المعالجة بطريقة دقيقة وآمنة، وذلك من خلال مناقشة الإنهاء (الأعمال غير المنتهية) بشكل عام في الأسابيع التي تسبق عمل ذلك.**





شكل (10.2):

تؤثر أوضاع المكتب على تصورات الأمان، والكفاءة، والراحة، بالإضافة إلى طبيعة العلاقة.

إشراك المرضى في عملية الموافقة المسبقة

Engaging Clients through the Informed Consent Process

في حلقة البرنامج التلفزيوني "البيت"، رَفضَ رجل يُعاني من "رهاب الخلاء" (خوف مرضي من الأماكن الفسيحة المفتوحة أو الأماكن العامة) ومن انسداد معوي مغادرة بيته (Blake & Yaitanes, 2008). لذا قرر الفريق الطبي أخيراً تخديره من أجل إجراء عملية جراحية لإنقاذ حياته. وبعد ذلك، وبدون موافقته، تم أخذه إلى المستشفى. لقد أنقذ هذا التدخل حياته في النهاية، ولكن تخيّل كيف سيكون شعوره عندما يستيقظ في مكان غير متوقع بعد رفضه التحرك والمغادرة بشكل واضح.

وبشكل عام، في مجال الإرشاد والعلاج بالتحليل النفسي، يُعد الإخفاق في الحصول على الموافقة المسبقة قبل المعالجة أمراً لا أخلاقياً. وللمرضى الحق في معرفة ماهية المعالجة التي سيتلقونها، بالإضافة إلى المنافع والمخاطر التي يُمكن أن يتوقعوها إلى حدّ معقول. ولهم الحق في معرفة المعالجات الأخرى المتاحة، والحصول على إحالة لتلقي المعالجات البديلة عندما تكون مناسبة. أما القضايا الأخرى التي يُمكن تناولها —مثل أجور الطبيب الإكلينيكي، والتدريب، وسياسة الإلغاء، وعملية اتخاذ القرار المتعلق بالأدوية —فقد تم وصفها في الجدول (10.4). ويعد العمل دون موافقة المريض أمراً مقبولاً فقط تحت حالات وظروف شديدة ومتطرفة؛ مثل إدخال المرضى القاتلين أو الذين لديهم محاولات انتحار إلى المستشفى إلزامياً. في الواقع، حدث موقف مشابه في حلقة البرنامج التلفزيوني "البيت" الموصوفة سابقاً، حيث إنه دون التدخل كان سيموت الرجل الذي يُعاني من انسداد الأمعاء. وحتى تحت الظروف المتطرفة، يجب على الأطباء الإكلينيكيين أن يحاولوا الحصول على الموافقة والتدخل بأقل أسلوب قسري مُحتمل (بأقل الأساليب إكراهاً) (Knapp & Vandecreek, 2007).

وتساعد عملية الموافقة المسبقة المرضى على أن يصبحوا شركاء حقيقيين في المعالجة، وتُشجع التعاون، وتعزز استقلالية المريض، ويُمكن أن تقود إلى علاقة أكثر ثقة بين الأطباء الإكلينيكيين والمرضى (Getzinger,1993). وتُساعد المرضى كذلك على القيام باختيارات مدروسة وواسعة الاطلاع حول العناية بصحتهم العقلية والاستعداد للدعاوى القضائية. ولا يجب أن يُعتقد بأن شرط الموافقة المسبقة حَدَثٌ يتم لمرة واحدة، بل إن تكرار الإخبار (الإبلاغ) والموافقة المتعدد قد يحدث طوال مسار المعالجة، بالإضافة إلى القرارات المتعلقة بالمعالجات البديلة أو الدواء أو العلاج بالمستشفى النفسي إذا اقتضت الحاجة (Raphaely, 1991). وكما لاحظ بايبس وبليفينز وكلوك (Pipes, Blevins, & Kluck, 2008) فإن بعضاً من هذه القرارات هي خيارات حقيقية (مثل: "هل ترغب بهذه المعالجة أم تلك؟")، بينما البعض الآخر منها تسمح المرضى ببساطة بالاعتراف بأنه قد تم إبلاغهم حول العملية الإكلينيكية (مثل: "إذا أردت أن تُبلّغ عن الإساءة للأطفال، فأنا مُخوّلٌ ومُلزَمٌ

بالإبلاغ عن هذا الأمر لخدمات حماية الطفل") . إن خيارات المرضى في الموقف السابق قليلة، وهي: إما قبول هذه القواعد أو رفض المعالجة. ومع هذا، فعلى الرغم من أن المرضى قد لا يختارون بَدءَ تقرير التفويض (التكليف أو الالتزام)، إلا أنهم يعلمون مقدماً بأن هذه الإمكانية يُمكن أن تخفض مشاعر الخداع والتضليل في الحدث الذي كُتِبَ بشأنه التقرير.

ومن خلال إبلاغ المرضى حول عملية المعالجة، ومشاركة التوقعات، ومواجهة المخاوف والاهتمامات المشتركة منذ البداية، فإن عملية الموافقة المسبقة يُمكن أن تتهيأ أيضاً لمشكلة خطيرة أخرى بالنسبة للعديد من الممارسات الإكلينيكية، وهي الإلغاء والإنهاء قبل الأوان (المبكر) (Barrett, Chua, Crits-Cristoph, Gibbons, & Thompson, 2008). يُخفق ما يُقارب من (40%) من الأشخاص الذي يُحددون موعداً للعلاج من حضور أول جلسة لهم (Hampton-Robb, Qualls, & Compton, 2003). إضافةً إلى أنه بحدود (57%) من الأشخاص الذين يحضرون الجلسة المبدئية يُخفقون في حضور الجلسة الثانية (LaTorre,1977). وتُعزى هذه المشكلة إلى عدد من العوامل، تتضمن التشويش والإرباك حول العملية، والنوايا والعزيمة المتجددة بشكل ضعيف حول المعالجة، والوصمة المحيطة بتشخيص ومعالجة الصحة العقلية (Barrett et al., 2008; Hampton-Robb et al., 2003). وقد استنتج باريت وزملاؤه من خلال مراجعتهم للأدب النظري بأن غرف الانتظار غير الجذابة والمُزدحمة؛ والمكاتب التي يصعب الوصول إليها؛ والتقييم والانضمام (الارتباط) والمعالجة التي –جميعاً- لا تُراعي الثقافة، أمورٌ خفضت معدلات العودة للمعالجة.

ربما يكون الإنهاء قبل الأوان –المبكر- من المعالجة مؤشراً علنياً لمشكلة أكبر مُتزايدة. إذ إن ما يُقارب من (50%) من الأشخاص الذين ينوون القيام بسلوك ما يُخفقون في القيام بذلك (SheeranmAbrey, & Kellrtt, 2007). وتكون المتابعة في أعلى مستوياتها عندما يعرف الأشخاص بشكل محدد ما سيقومون بعمله، ومتى وكيف سيقومون به على نحو جيد. علاوةً على ذلك، فقد وجدت إحدى الدراسات أنه عندما توقع المرضى مخرجات (نتائج) إيجابية لما قاموا بعمله، فقد كانوا أكثر احتمالاً للمتابعة بتوصيات المعالجة (Sheeran et al., 2007).

إن أحد الأسباب التي يخفق جرّاءها الناس لحضور جلسات المعالجة هي الخوف من أن يُنظر إليهم كأغبياء أو مجانين (Sheeran et al., 2007). ومن المُمكن أن تتحدث الرسالة التي أُرسلت إلى المرضى لتحديد موعد معالجتهم النفسية الأولي عن هذه المشكلة كالآتي:

يبدو العديد من الأشخاص قلقين أو مشغولين عندما يستعدون لحضور موعدهم الأول. فقد يشعر البعض أن مخاوفه وما يُقلقه أمور غير هامة بما فيه الكفاية لتبرير الموافقة على موعد أو أنه

بالمقابل، سينظر لهم كمجانين. إن هذه المشاعر طبيعية ومفهومة جداً، وهي مشتركة لدى العديد من الأشخاص الذين يدخلون وضعاً جديداً لأول مرة. لذا، ذَكّر نفسك أن هذا طبيعي على الرغم –إذا كنت مرتاحاً بعمل ذلك– من إخباري حول هذه المشاعر في موعدك الأول.

لقد وُجِدَ هذا النوع من التدخل في دراسة واحدة من أجل خفض الإلغاءات وعدم الحضور بما نسبته (12%-26%) (Sheeran et al., 2007).

جدول (10.4):

المعلومات التي يُمكن أن تُشمل في الموافقة المسبقة المبدئية من أو في عمليات الموافقة المسبقة المستمرة

العلاج

- ما نوع العلاج المستخدم؟ إلى أي مدىً كان مُتعلماً؟ أين؟ كيف يُقارن مع أنواع أخرى من المعالجة؟ كيف يعمل؟ ما هي المخاطر المحتملة؟
- ما النسبة المئوية للمرضى الذين يتحسنون بهذه المعالجة؟ ما النسبة المئوية للذين تسوء حالتهم؟ ما النسبة المئوية للمرضى الذين يتحسنون دون علاج؟
- ما الفترة الزمنية التي يستغرقها هذا العلاج عموماً؟ ما الذي يجب عمله إذا لم يكن العلاج فاعلاً؟
- هل سيتم استخدام الاختبارات؟ ما نوعها؟ لماذا؟
- هل العلاج وجيز ويستخدم خطوات محددة مسبقاً؟ لماذا أو لماذا لا؟
- هل أُجري العلاج باستخدام الهاتف أم الإنترنت؟

بدائل العلاج

- ما أنواع المعالجة الأخرى المُتاحة ؟ ما هي مخاطر ومنافع هذه المنهجيات الأخرى؟
- ما هي مخاطر ومنافع عدم وجود العلاج؟
- كيف يختلف هذا النوع من العلاج عن الاختيارات الأخرى؟
- هل يتم وصف دواء؟ هل تعمل مع الأشخاص الذين يصفون الدواء؟ إذا كان المرضى يأخذون دواءً، فهل تعمل مع الطبيب الذي يصفه؟

المواعيد

- يف تُحدد المواعيد؟ كم مدتها؟ هل الأجور بالنسبة للجلسات الأطول أعلى؟
- كيف يُمكنك الوصول في الحالات الطارئة؟ إذا لم تكن موجوداً، من الذي يجب أن يُستدعى؟

- ماذا يحدث في حالة الطقس السيء أو المرض؟ ماذا يحدث عند نسيان الموعد أو عدم حضور الموعد عن قصد؟

السرية

- ما نوع السجلات التي يتم الاحتفاظ بها؟ من الذي يُسمح له بالاطلاع عليها؟ كيف يتم الحفاظ على السرية؟
- تحت أي ظروف يُمكن الكشف عن المعلومات السرية؟ هل لأفراد العائلة أن يطلعوا على المعلومات المتعلقة بالمعالجة؟

النقود

- ما الأجور التي تتقاضها؟ كيف يمكن دفعها؟ هل يتم الدفع عن الجلسات التي لم تُحضر؟ ماذا عن المكالمات الهاتفية، والرسائل، والبريد الإلكتروني؟
- ما هي سياستك حول رفع الأجور؟ هل يمكن تخفيض الأجور في حالة فقدان الوظيفة أو تغطية التأمين؟ ماذا يحصل لو أن الأجور لم تدفع كما هو متفق عليه؟
- ما مقدار ونوع المعلومات المتعلقة بالجلسات التي يُشترك فيها مع شركات التأمين؟ ما مقدار تأثير شركات التأمين على العلاج؟ كيف يتم حل الخلافات حول المعالجة مع شركات التأمين؟
- كيف يكون العلاج مختلفاً إذا تم الدفع مباشرة بدلاً من أن يتم عن طريق شركات التأمين؟

أمور عامة

- ما هي ماهية تدريبك وخبرتك؟ هل أنت مُجاز (مُرخص) للعمل؟ هل يتم الإشراف عليك؟ هل أنت مُجاز من المجلس؟
- ما هي خلفيتك التخصصية؟ ما هي حسنات ومساوىء أوراق اعتمادك؟
- لمن يجب أن يتحدث المرضى إذا كان لديهم شكوى لا يُمكن حلها؟

ملحوظة: عُدّل من (Pomerantz & Handelsman, 2004) .

التعاون بالأهداف والطرق
Collaborating on Goals and Methods

إن وضع الأهداف والتعاون بخطط المعالجة يُمكن أن يكون استراتيجية أخرى لبناء التحالف العلاجي. إذ يجد كثير من المرضى أن عملية الاستماع لهم وتطوير أهداف معالجة بشكل تعاوني متسقة ومنسجمة مع قيمهم وأهدافهم الخاصة تكون مختلفة عن خبراتهم في مجالات أخرى من حياتهم. لاحِظ كيف كان الأطباء الإكلينيكيون الذين تعاونوا بشكل جيد مع عائلة لي فاعلين أكثر من أولئك الذين كانوا أقل تعاوناً. وحول هذا تعتقد سوكي والر -مثل عائلة لي- "أن الطريق الطويل هنا وهناك هو غالباً الطريق الأقصر من النقطة (أ) إلى (ب)"، وكانت راغبة بوضع أهداف للمعالجة تتسق وتنسجم مع وجهة نظر عائلة لي العالمية (Fadiman, 1997; p. 95). أما جينين هلت –عاملة خدمات حماية الطفل التي أَخَلت لايا من بيتهم- فقد ساعدت عائلة لايا على الحصول على المال لعدم مقدرتهم على ذلك، وتعلمت أسماءهم، وتوقعت أن يتعاونوا بالمعالجة. لم يكُن الأطباء الإكلينيكيون ألين (أرفق وألطف)، بل كانوا أكثر تعاوناً في وضع أهدافهم ومنهجهم العام.

إن وضع الأهداف والتعاون بخطط المعالجة ليس مجرد أمر يتم عمله في بداية المعالجة، بل في منتصف المعالجة ونهايتها. إن ذلك يحدث في كلٍ من بداية الجلسة استجابةً لأزمة دخول المريض مرحلة المعالجة، وأيضاً في وقت لاحق من الجلسة عندما يُعيد الطبيب الإكلينيكي توجيه التركيز على أهداف المعالجة. وعلى سبيل المثال، كان هدف معالجة أطباء لايا لي الأساسي خفض عدد نوبات الصرع التي تصيبها وشدتها؛ ومع ذلك، فلو أن عائلة لي أحضرت لايا إلى موعد المعالجة بسبب الحُمّى وأخفق أطباؤها في معالجة ذلك أولاً، فإن أطباءها لن يكونوا قادرين على إشراك العائلة في المعالجة وتمييز طرق لتخفيض نشاط النوبة المرضية.

إضافةً لذلك، تُعتبر أزمة المريض في بعض الأماكن مثالاً خاصاً للمشكلة قيد المواجهة، وذلك من خلال خطة المعالجة. فعلى سبيل المثال، واجهت عائلة لي صعوبة في تقديم دواء لايا بشكل ثابت كما هو موصوف. وكان يحتمل أن يكون هدف المعالجة الوحيد أن يتم تمييز عقبات تناول الدواء بشكل ثابت وتطوير استراتيجيات أكثر فعالية. ولو أن لايا أُخذت إلى غرفة الطوارئ أثناء هجمة نوبة الصرع، فإن استقرار حالتها كان يُمكن أن يكون الهدف الفوري لطبيبها. من جهة أخرى، لربما استخدمت الآنسة هلت هذه الحادثة كفرصة لتمييز عقبات المعالجة وللتعاون مع طبيب لايا على تطوير دواء أكثر فعالية والقيام بالحمية.

الخلاصة Summary

من الضروري من أجل المعالجة الفعالة ألا يكون التعاطف سمة ثابتة، بل هو أسلوب من الإصغاء والاستجابة اللذان يُمكن أن يُتعلَّما. ويتطور التعاطف من خلال خبرات الفرد، وتعلّم الكتاب، والإصغاء باهتمام، وعمليات الاستبطان. ويتعزز التعاطف من خلال اتجاه حب الاستطلاع، بالإضافة إلى الاعتراف بأن الناس قد يتفاعلون بشكل مختلف مع مواقف متشابهة بشكل سطحي، وبشكل مشابه في مواقف مختلفة بشكل سطحي.

غالباً ما يدخل المرضى المعالجة ببعض مشاعر الازدواجية حول عملية المعالجة وحول التغيير. إلا أن الإصغاء وتصديق مخاوف المرضى –على الرغم من أنه ليس بالضرورة الاتفاق مع تصوراتهم واستنتاجاتهم- يقوي التحالف العلاجي، بينما النقد والمواجهة وإصدار الأحكام تقوّض التحالف العلاجي. وينزع المرضى إلى الاستجابة إلى المنهجيات الأخيرة (النقد والمواجهة وإصدار الأحكام) بتكذيب أطبائهم الإكلينيكيين وضعف الثقة بهم، أو التقليل من قيمة القضايا التي تنشأ، أو الموافقة على التغيير بشكل سطحي. وبالإضافة إلى أن يكون الأطباء الإكلينيكيين أصليين ومتعاطفين مع مرضاهم، فإنهم يقوون التحالف العلاجي من خلال إيجاد مجال (مسافة) جسدي وانفعالي آمن للتغيير، وتقديم تفسيرات للمشكلة التي تعد مقبولة ومعقولة ظاهرياً من وجهة نظر المريض العالمية.

وتُساعد استراتيجيات الإصغاء غير اللفظي الأطباء الإكلينيكيين على: (أ) التركيز والاستماع بشكل جيد؛ و(ب) نقل (إبلاغ وإيصال) الاهتمام والاحترام والتعاطف؛ و(ج) بناء وتقوية التحالف العلاجي. في الثقافات الغربية، يُبقي المستمعون الفاعلون على وضعية مسترخية ومنفتحة مع انحناءة خفيفة للأمام وبضع عاداتٍ عصبية. وهم يُحافظون على تواصل بصري جيد وتعبير دافئ ومُعبّر. ومن أجل بناء الفهم، فإن الأطباءِ الإكلينيكيين الفاعلين ينتبهون ويهتمون بالمحتوى العلني في تعبيرات المرضى ويلاحظون كذلك الطريقة (الأسلوب) المُنعكسة في استخدام كلمات المرضى، وتَراصُف (وضع الأمور بجانب بعضها) المواضيع، والسلوكات غير اللفظية، بالإضافة إلى التغيرات في العاطفة والمزاج والنمط العلائقي.

وتُساهم الموافقة المُسبقة بعملية الانضمام (الارتباط) من خلال مساعدة المرضى على القيام باختيارات مدروسة وواسعة الاطلاع. وهي تشجع على التعاون، وتُعزز استقلالية المرضى، ويُمكن أن تُهيء للدعاوى القضائية. ويجب ألا يتم التفكير بالموافقة المسبقة على أنها حَدَثٌ يتم لمرة واحدة، بل هي تكرار من الإخبار والموافقة المتعدد الذي يحدث غالباً طوال مسار المعالجة. ومن خلال إبلاغ المرضى حول عملية المعالجة، ومشاركة التوقعات، ومواجهة المخاوف والاهتمامات المشتركة منذ

البداية فإن عملية الموافقة المُسبقة يمكن أيضاً أن تُخفض الإلغاءات والإنهاءات قبل الأوان.

أخيراً، يقوي تطوير خطة المعالجة بالإضافة إلى تنفيذها بطريقة متجاوبة مع احتياجات المرضى التحالف العلاجي. أما ضبطُ خطة المعالجة لتعكس أهداف المريض فيُمكن أن تقوي التحالف العلاجي كذلك. ويُمكن أن يساعد تَذكُر أهداف المعالجة الأطباء الإكلينيكيين على المحافظة على مسار ثابت وأكثر فاعلية في المعالجة حتى عند الاستجابة للأزمات الفردية.

كيف تُطبق هذه القضايا في حياتك وعملك؟

1. صف التغيير الذي قمت بعمله في حياتك. كيف شعرت عندما قمت بذلك التغيير؟ ما الذي جعل الأمر سهلاً أو أكثر صعوبة للتغيير؟ قارن خبرتك في ذلك بخبرة أصدقائك أو زملائك الطلبة. ماذا تستنتج من مقارنة قصتك مع قصص الآخرين؟
2. إذا ساعدك شخص ما (الوالدان أو الصديق أو المدير أو المعلم أو المعالج) على التغيير، فما الذي قام به كي يساعدك؟ ما هي الخصائص والسلوكات التي ساعدت بشكل خاص؟ قارن بين خبرتك وخبرة زملائك الطلبة. أي من تلك الخصائص تحب أن تطورها أكثر حتى تصبح مساعداً أفضل؟ ما هي الخطوات التي تتخذها لإجراء هذه التغيرات (B.C.Murphy & Dillon, 2003)؟
3. كيف تُدرك وتُميز أنك تُعامل باحترام؟ هل أن تكون مُعاملاً باحترام هو أمرٌ مختلف في العلاج عن الأجزاء الأخرى من حياتك؟ إذا كان كذلك، فكيف؟ إذا كنت تودّ أن تكون مُحترماً بشكل أكثر من قبل الآخرين، وخاصة في عملية الإرشاد والعلاج النفسي، فما هي التغيرات التي تحتاج لإجرائها؟ ما هي الخطوات التي تتخذها لعمل تلك التغيرات؟
4. راقب الناس وهم يتحدثون مع بعضهم بعضاً، ماذا تلاحظ؟ هل يمكنك تمييز المستمعين الجيدين والمستمعين غير الجيدين بالاعتماد على مهارات الإصغاء غير اللفظية؟ كيف يتفاعل الآخرون معهم؟
5. صوّر نفسك بالفيديو بينما تتحدث مع شخص ما. أغلق الصوت وشاهد سلوكك غير اللفظي فقط. ماذا تلاحظ؟ شاهد استجابات شريكك (الطرف المقابل) لسلوكاتك غير اللفظية. ماذا تلاحظ؟

6. مارس مهاراتك العَاكِسة (الناسخة) بالانتباه إلى أنماط تنفس الناس الآخرين وبعمل تحولات موقفية تتطابق معهم. ماذا تتعلم عنهم؟ كيف يستجيبون؟ اجعل التغيرات التي تقوم بها دقيقة (غير ملحوظة) ومحترمة.

7. تكلم بسرعة وبصوت عالٍ مع شخص ما يتكلم معك ببطء وهدوء. اجلس باعتدال مع شخص يتراخى ويجلس مترهلاً. إلى أي مدى تبدو مُرتبطاً (مُتصلاً)؟ كيف يتفاعل الشخص الآخر؟ تأكد من استجوابهم (استخلاص المعلومات من الطرف المقابل) بعد ذلك.

---

11 الفصل الحادي عشر

تقنيات التواصل التعاطفي
Techniques for Communicating Empathy

إلى أين نتجه؟

1. ما هي أنواع المعيقات التي قد تتدخل (تتصادم مع) بالتواصل التعاطفي الناجح؟
2. كيف يُعبر الأطباء الإكلينيكيون عن التعاطف لفظياً؟
3. كيف يُدرك الأطباء الإكلينيكيون فهمهم عندما يسير في الاتجاه الصحيح؟
4. كيف يُمكن للأطباء الإكلينيكيين أن يطوروا فهمهم التعاطفي حتى عندما يُواجه المرضى وقتاً صعباً في التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم لفظياً؟
5. كيف يُسهم التصديق والإيجابية في التعاطف؟

لا بد وأن كان لديك سبب ملائم جداً
You Must Have Had a Very Good Reason

آني روجرز (Annie G. Rogers)

آني روجرز معالجة موهوبة برأيها الشخصي، ولكن سَبَق وأن أُدخِلت المستشفى بعد اختلال ذهاني. وعند خروجها من المستشفى، دفعتها طبيبتها لأن تعدها بأن تستمر على دوائها وتبتعد عن العلاج النفسي: "ما هو خَلَلٌ لديك من المُمكن أن يتغير بالدواء وبمرور الوقت فقط" (A.G. Rogers,1 995, p. 121). وفي أقل من أسبوع نكثت آني بوعدها – "الحاجة لأن أفهمَ ما يحدث لي جعلني أنكث وعدي" (A.G. Rogers,1995, p. 122)– وحددت موعداً لترى الدكتور بلومنفيلد (Dr. Blumenfeld)، الذي أصبح معالجها الجديد.

انحنى الدكتور بلومنفيلد قليلاً ليسمعَ كما لو أنه يسمع ما لا أقول وما لم أقل، بكل أمانة، حتى أفكاري. أنا لا أنظر إليه مباشرة. وفي محيط إدراكي ووعيي، التقطت كل إيماءة وكل تغيير في الأنفاس. وتعلمت بأنه من خلال هذه الطريقة يمكنني أن أعرف أبعد وأفضل بكثير مما يشعر به الشخص أو يفكر.

" أشهرت المسدس والسكين في وجه مُعَالِجَتي وَهَددتُها بالقتل". خرجت هذه الكلمات من في الغرفة، الكلمات الأولى التي نطقتها. تُباغتني الكلمات وتُرَوعني حتى عندما أنطق بها.

"لا بد وأن كان لديك سبب ملائم جداً للرغبة بعمل ذلك"، قال الدكتور بلومنفيلد بهدوء، وكأن ما ذكرته آني حقيقي.

"أنا لم أُرِد فعل ذلك. لقد كان هنالك أصوات تخبرني بعمل ذلك، وشعرت بأني مجبرة ومضطرة لاتباع تلك الأصوات".

حتى تفسيري الصريح والمباشر يُخوفني.

ضحك الدكتور بلومنفيلد ضحكة خفيفة: "آه، ربما كان لديها (الأصوات) سبب مقنع".

قلتُ: "لا". ورغم الصمت الذي تبع ذلك، أجد أنني أظن هذا بنفسي. يبدو الدكتور بلومنفليد كما لو أنه بقرب تلك الأصوات، والتي هي قربي أيضاً.

أَنظُرُ للأعلى. عيونه زرقاء رمادية، مثل لون السماء الليلكي قبل نزول الثلج تقريباً. الصمت يلفُ نفسه حولنا.

أَهتفُ: "يمكنني أن أسمعك بجمل كاملة"!. "لقد اضطرب سمعي. وأحياناً لا أستطيع سماع الأشخاص عندما يقولون جملاً كاملة. ففي صحيفتي توجد بضعة أسطر تشبه ذلك، أي أنها جملٌ كاملة، ولكنها محاطة بِ –كلمات لا تشكل معنىً لي– بالهُراء (كلام غير مفهوم وبلا معنى أو ضرورة)!" أبصق الكلمات، كارهةً

صداها. "ولا أحد في المستشفى استطاع أن يفهمني عندما تكلمت".

"لا أحد هناك عَلِمَ أن الهراء لغة أيضاً؟"

تصعد أسئلته -مثل حيوان صغير- إلى حضني. تسقط الدموع فجأة على وجهي، أريد إيقافها. لدي إحساس بأن من يبكي ليسَ أنا، ولكنني أبحث عن مناديل لأمسحها.

يقول الدكتور بلومنفليد "لا يوجد عندي أية مناديل". "لا أريد منكِ أن تمسحيها، دعي الدموع كما هي".

أجلس وأترك دموعي تتساقط في يديّ.

بعد فترة طويلة، بدأتُ قصتي مرة أخرى من زاوية أخرى. "المرأة التي كانت معالجتي لن تراني أبداً مرة أخرى".

"هي هجرتكِ"، يقول ببساطة.

"لا، لقد أحبتني"، أُحاولُ مُتراجعة بقوة.

"حب؟ ما هو الحب إذن؟" يسأل الطبيب.

الغرفة تميل وكأن موجة هائلة ضربتنا. "أنا لا أعرف. أنا لا أعرف ما هو الحب، أو ما هو الحقيقي أكثر."

"كيف يمكن أن تعرفي؟" يسأل الطبيب.

تأتيني كلماته مثل أفكاري الخاصة الخفيّة. أنا مُشوشة، ثم مغمورة بالارتياح.

.(A.G. Rogers, 1995, pp. 123-124)

- فيمَ تفكر فيما يتعلق بعمل الدكتور بلومنفيلد؟ ما الذي أحببته في عمله وما الذي لم تحببه؟ لماذا؟

- إذا كان لا بدّ وأن تلّخص الرسالة التي قدمها للدكتورة آني بإيجاز في لقائهما الأول، ماذا يمكن أن تكون؟ هل قبلتها أم رفضتها؟ كيف تعرف؟ هل تبدو استجاباته متناسبة مع وجهة نظرها؟

- ماذا تعتقد بشأن تفسيراته (مثل: "لا أحد هناك عَلِمَ أن الهراء لغة أيضاً؟" أو "لا بُدّ وأن كان -للأصوات- سبب مُقنع")؟ ما هي المعلومات التي كوّنت وشكلّت تفسيراته؟ هل تبدو تلك المعلومات فاعلة؟ كيف تعرف ذلك؟

معيقات التواصل التعاطفي
Barriers to Communicating Empathy

السماح بارتباط شخصين، المرسل والمستقبل، وهذا الارتباط يَلِدُ إحساساً جديداً بالانتماء.
Deepak Chopra

إن فهم شخص ما –بينما يكون ذلك الفهم مُساعِداً– أمرٌ ليس كافياً. وحتى تكون الاستجابات التعاطفية نافعة، فيجب أن تكون مُشتركة. وبغض النظر عن الكيفية التي كانت بها بصيرة الدكتور بلومنفيلد دقيقة، ولو جلس متكئاً على يديه، وأبقى على وجهه دون تعبير، واحتفظ بأفكاره لنفسه، فإن آني لم تُدرك بأنه قد فهمها.

يواجه الأطباء الإكلينيكيون عدداً من موانع الإصغاء بشكل تعاطفي والمشاركة بذلك الفهم. يتطلب الاستماع بشكل جيد إلى شخص ما من الفرد أن يكون راغباً ومستعداً لوضع تحيزاته وضغوط الحياة جانباً حتى يستمع باهتمام ويُدرك أن وجهة نظر الشخص الآخر ربما تكون مختلفة عن وجهة نظر الفرد (Mordecai, 1991; Pedersen et al., 2008).

ويُمكن للإصغاء التعاطفي أن يُربك؛ لأنه أن تصبح منفتحاً بما فيه الكفاية لسماع شخص ما باهتمام وبشكل حساس يُمكن أن يترك المُستمع مُدركاً ومرئياً وأكثر ضعفاً. ويُمكن أن يُشعِرَ الإصغاءُ التعاطفي الفردَ بأنه حميم، مما يُسبب الشعور بالخوف بالنسبة لبعض الأطباء الإكلينيكيين؛ إضافةً إلى أن بعض الرجال قد يرون هذه المشاركة الحميمة والعميقة بالانفعالات مناقضةً لدور الجنس الذكري. وبالنسبة لبعض الأشخاص، فإن هذه الحميمية يُمكن أن تُنشئ أيضاً مشاعر ربما تكون مُساءَة الفهم على أنها جنسية (Celenza, 1995; Sherby, 2009).

في أغلب الأحيان، تُعيق المعايير الثقافية في الولايات المتحدة الاعتراف بالمشكلات بشكل مفتوح: لذا يتجنب الناس الحديث عن الانفعالات الصعبة من أجل حماية العلاقات: "الأشخاص اللُطفاء" لا يرون الأشياء السيئة ولا يتحدثون عنها. إن رؤية ومناقشة المشكلات يُمكن أن يبدو تدخُلياً ومثل احتلال مجال الشخص الآخر الانفعالي. ويُمكن أن تبدو مناقشة المشكلات مثل المُجابهة والتحدي، الأمر الذي يجد معه الناس صعوبة أيضاً. ويتراجع وينسحب بعض الأطباء الإكلينيكيين خلف الدور العلاجي استجابةً لهذه المعايير وللموانع المُدركة ويومؤون برؤوسهم ببساطة ويردون بشكل جاف.

وتُشير هذه الموانع والتصورات الخاطئة (سوء الفهم) إلى الصعوبات التي يواجهها الناس من غير ريب في الشعور عندما يتم سماعهم من قبل شخص آخر في بقية حياتهم، وخاصة أثناء فترات الأزمات. وفي تلخيصٍ لعمله المهني، لاحظ سترب (STRUPP، 1996) التأثير العميق

لنوعية هذا الارتباط على التشخيص، وعلى تخمينات التنبؤ بالتطورات المحتملة للمرض، وطبيعة خطة المعالجة، والطبيعة التعاطفية لتعبيرات الطبيب الإكلينيكي. ويُمكن أن يُنشئ الإصغاء بأصالة (بصدق) والاستماع لشخصٍ ما ارتباطات بين شخصين، ويعزز مشاعر الانتماء والفهم، وقد يكون مُشفياً بحد ذاته. لا يصف هذا الفصل فقط المهارات الأساسية للتواصل التعاطفي بل أيضاً المهارات الأكثر تقدماً، بما فيها الإدراك والاستجابة لازدواجية المريض والمشاعر غير المُدركة.

الإستراتيجيات اللفظية لمشاركة الفهم
Verbal Strategies for Sharing Understanding

أنت تستمع فقط وتعيد ما قاله الشخص الآخر خطوة بخطوة، تماماً كما يظهر عند ذلك الشخص في تلك اللحظة. أنت لا تخلط إلى ذلك أياً من أشيائك أو أفكارك الخاصة، ولا تنسب للشخص الآخر أي شيء لم يُعبر عنه.
Gendlin & Hendricks, n.d.,)
(quoted in C Rogers, 1980

ثمة عديدٌ من الاستراتيجيات اللفظية التي تستخدمها من أجل إيصال فهمنا من خبرة شخص آخر. ومن أهم مهارات الإصغاء الدقيقة هذه (Verbal Listening Microskills). المُشجعات (المساعدات – Encourager)، والمُجشعات الدنيا (Minimal Encouragers)، وإعادة الصياغة، وعكس (انعكاسات) الشعور، والأسئلة المفتوحة والمُغلقة، والتلخيصات (التلخيص) (انظر الجدول 11.1).

جدول (11.1):

مهارات الإصغاء اللفظية

- **إعادة الصياغة: وهي تُشجع المناقشة عن طريق تلخيص جوهر ما قاله المريض خلال فترة زمنية قصيرة، وذلك من أجل إظهار فهم الطبيب الإكلينيكي والتأكد من ذلك الفهم. "لقد قلت بأنك عندما بدأت الفصل الدراسي كنت تدخن ثلاث سجائر يومياً فقط، لكنك دخنت أكثر فأكثر مع مضي الفصل الدراسي، وخاصة عندما كنت متوتراً".**
- **عكس (انعكاس) المشاعر: وتشجع التركيز على مناقشة الانفعالات. ويتصل عكس المشاعر بالفهم، ولكن عمل ذلك يتم عن طريق التركيز الاختياري على مشاعر المريض. "تبدو مرتبكاً وخائفاً جداً بينما تتحدث عن هذا". "تبدو مرتبكاً جداً".**
- **المشجعات الدُنيا: وهي الأصوات البسيطة التي تساعد الأشخاص على أن يشعروا بأنهم مسموعون أو مفهومون دون كلمات أو بالقليل منها. وهذه تتضمن "آهه"، "أووو" صوت يعبر عن التعجب والاندهاش"، "أوووه: صوت يعبر عن الاندهاش أو الألم أو الرغبة"، "نعم: صوت أو إقرار أو رأي إيجابي"، "آه: صوت ابتهاج أو تحسر أو ازدراء".**

- **المُشجعات: وتُشجع بسرعة بالغة الإسهاب بالأفكار والانفعالات من خلال إعادة كلمة أو كلمات قليلة من كلمات المريض الرئيسة. وذلك مثل: "فجأة؟"**
- **الأسئلة: تقنيات مستخدمة لاستخلاص معلومات معينة بشكلٍ سريع جداً، وتنقسم إلى:**
- **الأسئلة المفتوحة: وتستخدم لتوضيح البيانات الأساسية وتسهيل المناقشة. وتبدأ عموماً بِ "ماذا، كيفَ، لماذا، ....". "كيف اخترت علم النفس كتخصص رئيسي؟" وبشكل عام، حاول تجنب الأسئلة السببية، أي الأسئلة التي تبدأ بِ (لماذا؟)، والتي تجعل المرضى يشعرون بأنهم ملومون.**
- **الأسئلة المغلقة: وتكسب هذه الأسئلة معلومات معينة بشكل سريع، وتوقف المناقشة المُطولة، ويُجاب عليها غالباً بكلمات قليلة. وفي أغلب الأحيان تبدأ الأسئلة المغلقة بِ "هل". "هل شارفت على الانتهاء؟"**
- **التلخيص: إعادة أو تكرار الحقائق المتعلقة بالمريض ومشاعره من جزء أطول نسبياً من الجلسة أو المعالجة بطريقة معينة من أجل تنظيمها والوصول إلى الفهم المُبتغى. والتلخيص نافعٌ جداً في بداية ونهاية الجلسة، بالإضافة إلى الفترات الدورية (المنتظمة) في الوسط. "ما وصفته سابقاً هو عبارة عن خوفك وقلقك حول قدرة ابنتك على التركيز. يبدو أنها تنتقل دائماً من أمر إلى آخر، ونتيجةً لذلك فأنت تبدين يائسةً جداً حول امتلاك صفة وطبيعة العائلة التي توّدين أن تمتلكها".**

إعادة صياغة العبارات Paraphrases

مهارة إعادة الصياغة عبارة عن ملخصات موجزة لمحتوى القول أو الحديث. وهي تشجع المناقشة من خلال مشاركة فهم الطبيب الإكلينيكي لخبرة المريض. وغالباً ما يتبعها التأكيد (Check-out)، الذي يوضّح بشكل أكبر فهم الطبيب الإكلينيكي للمحتوى الذي ناقشه المريض. وتتخذ إعادة الصياغة في أغلب الأحيان شكل: (أ) جملة أصلية: حيث يحوز الطبيب الإكلينيكي ما تسمع (أي إعادة عبارات المريض دون تغيير)، وذلك مثال (يبدو أن ....)، أو (ب) جوهر محتوى تواصل المريض (أي إعادة الأجزاء الهامة من عبارات المريض)؛ متبوعة بالشكل الثالث من هذه الأشكال، وهو (ج) التأكيد (Check-out)، الذي يوضح فهم الطبيب الإكلينيكي، وذلك مثل: ("هل ذلك صحيح؟"، "هل أتابعك بانتباه؟"، "هل أنا على المسار الصحيح؟"). وبشكل عام، تتم إعادة صياغة العبارات بكلمات الطبيب الإكلينيكي الخاصة؛ إلا أن استخدام كلمات المريض والاستعارة من حين لآخر يقوي إعادة الصياغة ويزيد من إمكانية أن تكون نافعة.

ولأن مناقشات المرضى غالباً ما تكون طويلة وتتضمن أفكاراً عديدة، فإن إعادة الصياغة يُمكن أن تسلك اتجاهات مختلفة، بما في ذلك التركيز على السمات والمظاهر المختلفة لرسالة المريض أو للمعنى الكامن في حديثه. ويجب أن يتم الاختيار من بين هذه الاتجاهات من خلال تحديد أي الأهداف هي الأكثر أهمية بالنسبة للمريض وأي الأهداف ستكون أفضل بالنسبة للمعالجة.

شيرمان: لقد عرفنا الآن أنه ليس بمقدورنا أن ننجب طفلاً أبداً. لقد قاموا بإجراء كل الفحوصات الهرمونية وعمل إخصابٍ خارج الجسم بقدر ما يستطيعون. هذا هو. [صمت]كيف يُمكنك أن تستمر بعد أن تركز وتمحور عالمك الكلي لمدة أربع سنوات على إنجاب طفل؟

الطبيب الإكلينيكي (أ): أنت تقوم بعمل معالجات إخصاب وركزتَ على ذلك، لكنك الآن عَلِمتَ أنه لا يمكنك إنجاب طفل. هل هذا صحيح؟ (إعادة صياغة وتأكيد).

الطبيبة الإكلينيكية (ب): يبدو أن إنجاب طفل كان مركز ومحور عالمك للأربع سنوات الماضية، والآن ليس بمقدورك إنجاب طفل. أنتَ تبحث عن الغرض والمعنى. هل أسمعك جيداً؟ (إعادة صياغة وتأكيد).

يُمكن أن تكون استجابة الطبيب الإكلينيكي (أ) مُساعدة جداً في إخراج الحقائق بشكل واضح بما يُمَكِنُهُ من أن يُطوّر فهماً قوياً وتشاركياً لقصة شيرمان. أما تركيز الطبيبة الإكلينيكية (ب) على المعنى الكامن فسيكون مُساعداً بشكل خاص ما إن طوّرت فهماً جيداً للحقائق. وهذه الاستجابة تُركز على المناقشة المستمرة للغرض والمعنى.

إن الجملة الأصلية والتأكيد يُشكلان (يؤطران) إعادة الصياغة ويُبَلّغان الفهم. وعند استخدام إعادة الصياغة، فإن بإمكان الأطباء الإكلينيكيين أن يبدؤوا بإسقاط الجملة الأصلية والتأكيد، كما في الجملة الآتية: "لقد تركز وتمحور عالمك على إنجاب طفل وأنت تتساءل عما يُمكنكُ فعله لكي تستمر."

عكس (انعكاسات) الشعور Reflections of feelings

يُعزز عكس (انعكاس) المشاعر المناقشةَ ويُبلّغ الفهم أيضاً، لكن ذلك يتم من خلال التركيز الانتقائي (الاختياري) على المشاعر. وهذه المهارة مثل مهارة إعادة الصياغة، تبدأ غالباً بجملة أصلية (مثل: "يبدو أن ...." أو "تحسُ أن ..."، متبوعة في أغلب الأحيان بالتأكيد (مثل: هل أفهمك؟")). ويقع فيما بينهما (أي بين الجملة الأصلية والتأكيد) عبارة تعكس الانفعال أو الانفعالات التي يتحدث عنها المريض أو يُضمِّنُها (يدّل عليها أو يقصدها) أو يُعبر عنها بشكل غير لفظي، وغالباً تكون متبوعة بتعبير لِما سَبّبَ وأحدث المشاعر ("أنت تشعر أنك غاضب جداً"، "منذ فقدتَ عملك"). إن

الشكل الأساسي لعكس الشعور هو: "يبدو أن" + "أنت تشعر ______________" + "منذ ______________". + هل ذلك صحيح؟"

شيرمان: إنه أمر جنوني جداً الآن. لقد ركزنا كثيراً من وقتنا وطاقتنا لمدة طويلة من أجل إنجاز طفل ويبدو أنني لا أعرف ما أشعر به أو ما أعمله الآن. أحياناً أنا غاضب لما فقدناه. وأحياناً أشعر أني مكتئب. وأحياناً أنا مرتاح تقريباً-وبعد ذلك أحس بالذنب لأنني أشعر بالارتياح.

الطبيب الإكلينيكي (أ): يبدو أنك تشعر بالكثير من الأشياء المختلفة –الغضب، والإحباط، والاكتئاب، والارتياح، والذنب- منذ أن عَلمتَ أن كلاكما لا يُمكنه الإنجاب. هل أفهمك جيداً؟ (انعكاس للشعور وتأكيد).

الطبيبة الإكلينيكية (ب): تُحس أنك مشوّش حقاً بشأن ما تشعر به الآن. أحياناً تشعر بفقدان الحِس لكن في أوقات أخرى تشعر بأنك غاضب أو مكتئب أو مرتاح أو حتى مذنب. هل أنا على المسار الصحيح؟ (انعكاس للشعور وتأكيد).

الشعور مظهر ضروري وأساسي لانعكاس المشاعر؛ أما الأجزاء الثلاثة الأخرى فيُمكن أن تُسقَطَ (يُتخلى عنها) بعد أن طوّر الأطباء الإكلينيكيون مهارات علاجية أكبر، وخاصة عند وجود تحالف علاجي بين الطبيب الإكلينيكي والمريض. فعلى سبيل المثال، ربما يقول الطبيب الإكلينيكي من حين لآخر: "أنت تبدو حزيناً جداً اليوم"، لكن يجب أن يُراقبَ الطبيبُ الإكلينيكيَ المريضَ ليرى ما إذا كان على صواب (على المسار الصحيح).

يُومئ المرضى أن الاستجابة (الرد) العلاجية صائبة (على المسار الصحيح) من خلال الإيماء (الهز)، والابتسامة، أو الانحناء للأمام، أو قول "نعم"، أو التوسُّع بالمناقشة (Thomas, 2005). وهم يومئوون بأن الاستجابة (الرد) غير صائبة (خارج المسار الصحيح) من خلال قول "لا" ثم تصحيح سوء الفهم، أو من خلال الاستناد للخلف، أو التردد أو التأتأة، أو تغيير موضوع الحديث، أو الانهماك في ضحك عصبي، أو بقطع التواصل البصري لفترة وجيزة. في حين يستجيب مرضى آخرون للاستجابات غير الصائبة (خارج المسار) من خلال البدء بالتحدث عن مواضيع أكثر سطحية أو بلا معنى (انظر الجدول 11.2).

بعد عكس المشاعر، من المحتمل أن يستكشف ويُحسَ المرضى بانفعالاتهم بشكل أكثر حِدّة. وبإعادة الصياغة التي تتبع ذلك يميل المرضى إلى مناقشة المحتوى بدلاً من المشاعر. لذلك، تعد

انعكاسات الشعور أكثر ملائمة عند محاولة تشجيع المرضى على مناقشة واختبار ومواجهة مشاعرهم بعمق أكثر، بينما تعد إعادة الصياغة نافعة أكثر لكسب فهم الحقائق والأفكار (Ivey & Ivey، 2003).

جدول (11.2): استراتيجيات حَلّ الرسائل المُختلطة

	التعبير	**المعنى**
تغذية راجعة إيجابية قوية	رسالة قوية، واضحة، إيجابية متطابقة (مثل: «تبتسم ابتسامة واسعة وتحافظ على التواصل البصري بينما تقول: «نعم، أنا موافق».	الموافقة على التفسير (الإيضاح) أو الاقتراح.
تغذية راجعة إيجابية مختلطة	طاقة جسدية أو انفعالية متزايدة؛ يُسرّع الحديث؛ يزيد التواصل البصري (مثل: الاندفاع السريع والتحديق في الطبيب الإكلينيكي: «ذلك هو الشيء الأشد جنوناً الذي لم أسمع به أبداً»).	الموافقة على التفسير أو الاقتراح على الرغم من أن الموافقة مُخففة من خلال التناقض أو القلق.
تغذية راجعة سلبية مختلطة	العاطفة هادئة، الحديث ساكن؛ مُتردد أو متباطئ؛ الانتقال يتباطأ أو يهدأ؛ التواصل البصري ينقطع (مثل: حوّل بصره ببطء، وأصبح جسده ساكناً: «لو أنك تفكر بهذا...»).	صفقة سطحية. يُعارض الاقتراح أو التدخل لكنه غير قادر على تأكيد الرأي بشكل واضح.
تغذية راجعة سلبية قوية	رسالة سلبية قوية، واضحة، متطابقة (مثل: تهز رأسك بينما تقول بحزم: «لا، أنا لا أريد.»).	الخلاف في التفسير أو الاقتراح

ملاحظة: اعتماداً على (Thomas، 2005)

المشجعات Encouragers

المشجعات خلاصات موجزة (قصيرة) للمحتوى أو للانفعالات الأكثر مركزية. وهي تأخذ بشكل عام من كلمة إلى كلمتين من رد المريض مباشرةً، وتُركز المناقشة على تلك الفكرة الخاصة. أما المُشجعات الدُنيا –أوووه"، أو "إم م م"، أو "نعم"، أو إيماءة الرأس، أو التعبير التعاطفي الوجهي المُلائم- فيُمكن أن تنقل وتبلّغ الفهم بشكل سريع وتُشجع المناقشة أكثر.

شيرمان: أنا فقط لا أعرف ماذا أعمل أكثر. الناس يواصلون المجيء عندي، وعند ديون (الزوجة)، ويسألون عن عملية إنجاب الطفل. أنا لا أريد الإجابة على أسئلة أكثر. أنا لا أريد أن أشعر بعد الآن.

الطبيب الإكلينيكي (أ): أسئلة أكثر ... (مُشجّع)

الطبيب الإكلينيكي (ب): بعد الآن؟ (مُشجّع)

الطبيب الإكلينيكي (ج): آهه. (مُشجع أدنى)

لاحظ كيف تجعل المُشجعات الأشخاص يتحدثون عن المحتوى أو المشاعر، وذلك اعتماداً على المُشجّع الخاص المُستخدَم. فَكِر فيما قد تقوله شيرمان تجاه الردود "أسئلة أكثر"، "أشعر". وعلى الرغم من أن المشجعات الدُنيا تبقى تؤثر على اتجاه المريض، إلا أنها لا تُعيق مُطلقاً. وعندما تُستخدم المُشجعات والمشجعات الدُنيا بشكل جيد فإنها يُمكن أن تَحُثَّ المرضى على الحديث بسرعة وبشكل ممتاز، وأن تدفعهم بلطف نحو اتجاه خاص، دون تركيز الانتباه على الطبيب الإكلينيكي بالأسلوب المُطوّل، الذي يتضمن إعادة الصياغة أو الأسئلة أو ربما التفسيرات والإيضاحات.

ومثل أي دليل علاجي آخر، فإن المُشجعات والمشجعات الدُنيا يُمكن أن تكون مستخدمة بإفراط. ويُمكن أن يدرك المرضى الأطباء الإكلينيكيين الذين يَهَزون رأسهم مراراً وتكراراً ويقولون "آهه" على أنهم قساة ومراوغون. وقد تُربك المُشجعات بعض المرضى أيضاً، خاصة أولئك الذين لم يعتادوا على أناسٍ يستمعون لهم بجدية.

الأسئلة المغلقة والمفتوحة Closed and Open Questions

> **قد يسأل الأبله أسئلة في الساعة أكثر من رجل حكيم يمكنه أن يجيب في سبع سنوات**
> **مثل إنجليزي**
> **English Proverb**

يكتسب الأطباء الإكلينيكيون فهمهم ويُبلغونه على حد سواءٍ من خلال طرح الأسئلة، والتي تعد في أغلب الأحيان أسلوباً هاماً لجمع الكثير من المعلومات بشكل سريع. وتتخذ الأسئلة شكلان عامان: المغلقة والمفتوحة. تبدأ الأسئلة المغلقة بشكل عام بِـ "هل"، ويُمكن أن يُجاب عليها بكلمة أو كلمتين (مثل: "هل

أنت متعب اليوم؟"). والأسئلة المغلقة أساليب جيدة لجمع المعلومات بسرعة وبشكل فعّال، وهي أكثر ملائمة في المواقف والحالات المُنظمة حيث يجب أن يتم جمع كمية كبيرة من المعلومات بسرعة، أو مع المرضى كثيري الكلام (الثرثارين).

ويستجيب المراهقون في أغلب الأحيان بشكل سيء بشكل خاص على الأسئلة المغلقة، وربما يردون بشكل مُقتضب (بإيجاز)، حتى على الأسئلة المفتوحة (مثل: "كيف قمت بعمل هذا خلال الأسبوع الماضي؟" "جيد."). ومع ذلك، فليس المراهقون وحدهم من يردّ بشكل سيء على الأسئلة. فكّر بأسلوب الرقيب ميهل (Sgt. Mehl) في استجواب أندريا بيتس في الإطار العنواني اللاحق. هل يُمكن أن يكون استجوابه ملائماً في موضعٍ أو مكان واحد وغير ملائم في آخر؟

يُقاوم الأطباء الإكلينيكيون الفاعلون الميل لسؤال أسئلة كثيرة عندما يتلقون استجابة سيئة أو ضعيفة على سؤالهم الأول. وبدلاً من ذلك، فإنه وبالاعتماد على الوضع والمكان يعمد الأطباء الإكلينيكيون إما إلى التراجع أو الانتقال إلى عكس المشاعر أو إعادة صياغة أسلوب الجلسة العلاجية (مثل: "يبدو أنك غير مستعد للكلام لحد الآن"، أو "تبدو وكأنه كان من الصعب جداً قدومك إلى هنا اليوم".). وبالطبع، فإن عكس (انعكاس) الحديث الصعب (العسير) هو أسلوب ملائم فقط عندما يبرز ذلك الحديث ليكون مشكلة (مثل: إنها تنظر نحو الأسفل، تجلس بوضعية منغلقة، وتُناضل من أجل الكلمات أو تحبس الانفعالات القوية). وعندما لا يتحدث المريض لأنه يعتقد العلاج مُملاً ومضيعة للوقت –أي أنه يُسند ظهره إلى الكرسي، ولا يُعير انتباهاً، ويُبدي رد فعل عنيف أو تعليقات خارج المسار– فإن ذلك يجب أن يكون جوهر (لب) الانعكاس (مثل: يبدو وكأنك لا تريد أن تكون هنا اليوم".).

أخيراً، تتخذ بعض التعبيرات شكل مهارة دقيقة واحدة لكنها تؤدي وظيفة مختلفة. فمثلاً تعبير "هل يُمكن أن" هو سؤال مغلق بشكل عام، لكن يُمكن أن يعمل أيضاً كتوجيهي (Directive) (مثل: "هل يُمكن أن تذهب إلى "مكانك الآمن" الآن؟"). وباستخدام السؤال المُغلق كتوجيه فإنه يمكن أن يكون أسلوباً مفيداً بشكل خاص لمنح المرضى حق الاختيار والإحساس بالسيطرة، واللذان يعتبران مهمان في أغلب الأحيان أثناء المعالجة.

أما الأسئلة المفتوحة فتبدأ عموماً بِـ "ماذا، كيف، لماذا"، وبالمقابل للأسئلة المغلقة فهي تُستخدم غالباً لتشجيع المناقشة. إن كل دليل (ماذا، كيف، لماذا) يؤدي إلى نوع مختلف من الاستجابة (Ivey & Ivey, 2003). فالأسئلة التي تبدأ بِـ "ماذا" تقود إلى مناقشات المحتوى (مثل: ماذا تودّ أن تعمل بعد التخرج من الكلية؟")، أما الأسئلة التي تبدأ بِـ "كيف" فتقود إلى مناقشة أكبر للمشاعر أو للأساليب (مثل: كيف تتعامل معه عندما ينتابك الارتباك؟")، في حين أن الأسئلة التي تبدأ بِـ

"لماذا "تُركز على الغرض (الهدف) الكامن (مثل: "لماذا اخترت أن تأخذ هذا المساق بدلاً من المساق الآخر؟"). ويجب أن تستخدم أسئلة "لماذا" بشكل غير نظامي -نادر- لأن المرضى غالباً ما يُدركون هذه الأسئلة على أنها لوم، وقد يُصبحون دفاعيين رداً عليها (Ivey & Ivey, 2003). إن دور أسئلة "لماذا" يُمكن أن يجتمع بشكل أفضل مع أسئلة "كيف"، والتي غالباً ما تجعلها تبدو أقل لوماً (مثل: "كيف أتيت لأخذ هذا المساق بدلاً من الآخر؟").

هنا أمثلة متعددة للأسئلة المفتوحة والمغلقة. ولا بد من الإشارة إلى إن الانتباه والاهتمام باستجابات الفرد الإدراكية والانفعالية الخاصة عليها يُمكن أن يُساعد على توضيح دورها.

شيرمان: أنا في كل أرجاء المكان اليوم. وأنا متعب من هذا. فقط أريد التوقف عن الشعور.

الطبيب الإكلينيكي (أ): ماذا تعتقد أنه يُمكن أن يحدث إذا بقيت منفتحاً على مشاعرك حيال هذا؟ (سؤال مفتوح)

الطبيب الإكلينيكي (ب): هل يُمكن أن تحاول الجلوس مع مشاعرك لبرهة وترى ما يحدث؟ (سؤال مغلق يعمل كتوجيهي)

الطبيب الإكلينيكي (ج): لماذا تعتقد أنه يجب عليك أن توقف الشعور؟ (سؤال مفتوح)

الطبيب الإكلينيكي (د): هل تشعر أنك لا تستطيع فقط الاستمرار أطول من ذلك؟ (سؤال مغلق)

غالباً ما تكون الأسئلة المفتوحة نافعة لأنها تُشجع الأشخاص على التحدث، لكنها قد لا تكون نافعة مع الأشخاص الذين يتحدثون بالتفصيل. ومع مثلهم من المرضى، فإن الأسئلة المغلقة قد تُبطئ العملية العلاجية بما فيه الكفاية لكي يكون لكلٍ من الطبيب الإكلينيكي والمريض المجال للعمل معاً بشكل مثمر ووافر.

أخيراً، قد تكون بعض الأنواع من الأسئلة إشكالية (تحتمل الجدل) في بعض الأنواع من الأماكن والأوضاع، خاصة خلال المقابلات القضائية (Glistrap, 2004). ويُمكن أن تُوجّه أسئلة الاختيار الإجبارية الفرد وتوحي بأن الاختيار الصحيح هو أحد الخيارين المطروحين على الرغم من أنهما غير صحيحين (مثل: "هل ارتفع صوته حين كان يجلس على الشرفة أم داخل البيت؟"). ويُمكن أن تكون تفضيلات (الخيارات المفضلة) الطبيب الإكلينيكي بارزة من خلال أسئلة الاقتباس (الاستشهاد) (مثل: كان يجلس على الشُرفة، أليس كذلك؟"). أما سؤال الأطفال ليتخيلوا بعض الأنواع من الأحداث فيُمكن أيضاً أن يُشوّه الذاكرة (مثل: "هل يمكن أن تتخيل ماذا يقول؟").

ويُمكن أيضاً أن تكون الأسئلة إشكالية في الأوضاع والأماكن الموجهة للعلاج أكثر، فطرح الأسئلة

المُغلقة يُمكن أن يُشجع الاستجابات الثنائية (مثل: "هل تشعر برغبة في الانتحار اليوم؟"). ما هي نسبة الانتحارية الكافية ليُبلغ عنها؟ إن هذا النوع من الأسئلة ربما يؤدي إلى المبالغات أو يقلل من تقدير نسبة ميل المريض للانتحار. وقد يكون مفيداً أكثر أن يتم طرح السؤال بالصيغة الآتية: "كم تقدّر تفكيرك بالانتحار اليوم؟ وذلك على مقياس من 1 إلى 10".

في مواقف التقييم، وخاصة مع الأطفال، يُمكن أن تكون أسئلة الاختيار الإجبارية مُوَجِهَةً وإشكالية. من ناحية ثانية، في الأوضاع العلاجية، يُمكن أن تكون هذه الأسئلة نافعة في بعض الأحيان؛ إذ قد تكون نافعة لإعطاء الطفل خيارين (مثل: "هل ترغب بالرسم أم اللعب؟") بدلاً من خيار واحد أو عدد محدود من الخيارات. وإعطاء خيار وحيد يُمكن أن يزيد السلوك المُعارِض، بينما تقديم خيارات غير محددة يُمكن أن يزيد التردد وأحياناً يُسبب المشكلات في الأوضاع الإكلينيكية.

نسخة اعتراف أندريا ييتس
Transcript of Andrea Ya tes' Confession
Associated Press

بدأ الكتاب بجزء من المقابلة القضائية بين أندريا ييتس والدكتور فيليب رسنك. وهذا يُشكل تقريباً (5%) من المقابلة بين أندريا ييتس ورقيب شرطة هيوستن (ايريك ميهل)، والتي أدت إلى اعترافها. وما تبقى من المقابلة متوفر بسهولة على الإنترنت (Associated Press, 2001). وبالرغم من أن جرائم القتل لم توصف في هذا الجزء من المقابلة، إلا أن ما تبقى من المقابلة يأخذ تقريباً نفس الشكل، مع الآنسة ييتس التي ترد باختصار على أسئلة الرقيب ميهل.

الرقيب إيريك ميهل 1: أم، بعد أن أجريت ماء الحمام، ماذا كانت نيتك؟ ما الذي كنت موشكة على القيام به؟

أندريا ييتس 1 : أُغرقُ الأطفال.

الرقيب ميهل2: حسناً. لماذا كنت ستغرقين أطفالك؟ (15 ثانية من الصمت) هل كان، هل كان إلماحاً أم لأن الأطفال قاموا بعمل شيء ما؟

يايتس 2: لا.

الرقيب ميهل 3: ألم تكوني هائجة غضباً بالأطفال؟

أندريا ييتس 3 : لا.

الرقيب ميهل 4: حسناً. إم، هل فكرت بهذا قبل هذا اليوم؟

يايتس 4 : نعم.

الرقيب ميهل 5: إم، منذ متى وأنت تملكين هذه الأفكار حول إرادة، أو عدم إرادة، أن تُغرقي أطفالك فقط؟

أندريا ييتس 5 : ربما منذ أن أدركت بأنني لم أكن أماً صالحة لهم.

الرقيب ميهل 6 : ما الذي يجعلك تقولين ذلك؟

أندريا ييتس 6 : لم يكونوا ينمون بشكل صحيح.

الرقيب ميهل 7 : مشاكل سلوكية؟

أندريا ييتس 7: نعم.

الرقيب ميهل 8: مشاكل تعليمية؟

أندريا ييتس 8 : نعم. (Associated Press, 2002, para. 107-124)

- فكر بمقابلة الرقيب ميهل. ما هي أهدافه؟ ما الذي قام بعمله على نحو جيد؟ وما الذي قام بعمله على نحو غير جيد جداً؟ هل تتسق نقاط القوة والضعف هذه مع أهدافه المتعلقة بالمقابلة؟
- عُد إلى المقابلة. ما هي المهارات الدقيقة التي استخدمها الرقيب ميهل أثناء المقابلة؟ ما نسبة الوقت الذي استخدم فيه الأسئلة المفتوحة؟ الأسئلة المغلقة؟ إعادة الصياغة؟ انعكاسات الشعور؟ المشجعات؟ هل هناك أي مهارات دقيقة أخرى استخدمها؟
- ماذا تعتقد حول استخدام الرقيب ميهل للصمت في رده الثاني؟ لماذا؟
- قارن هذه المقابلة مع مقابلة الدكتور رسنك في الفصل الأول. كيف تختلفان؟ كيف تتشابهان؟ خذ بعين الاعتبار كيف كنت ستُقابل السيدة ييتس فيما لو كانت هذه المقابلة إكلينيكية. كيف تُباشرها بشكل مختلف؟ ما الذي يمكن أن تعمله بنفس الطريق؟
- ما رأي السيدة ييتس بنفسها، وبشكل اعتراضي، بعلاقتها مع الرقيب ميهل في هذا الجزء من المقابلة؟

التلخيصات Summarizations

تشبه التلخيصات إعادة الصياغة، ولكنها تغطي فترة زمنية أطول. وهي أسلوب لمساعدة المرضى على تنظيم كمية كبيرة من المعلومات ورؤية الغابة بدلاً من رؤية الأشجار فقط. وهي مثل إعادة الصياغة؛ إذ تأخذ بشكل عام شكلاً خاصاً وهو: (أ) خلاصة موجزة مفيدة للقسم الأطول من الجلسة، متبوعة بِ (ب) التأكيد؛ وذلك لتأكيد وفحص فهم المريض. وفي هذه الحالة، من ناحية ثانية، سيتخذ التأكيد شكلاً مختلفاً نوعاً ما عن الشكل الذي اتخذه مع إعادة الصياغة أو انعكاسات المشاعر، لكن هذه الأسئلة تبقى تعمل لتأكيد أن الطبيب الإكلينيكي والمريض يعملان معاً على نفس المسار.

ويُمكن أن تستخدم التلخيصات في أي نقطة من الجلسة، كما في المثالين الآتيين. وهي تقدم جسراً فعالاً بين جزئين من الجلسة أو بين جلستين أو أجزاء من المعالجة.

الطبيب الإكلينيكي (أ): كنا نتحدث في الجلسة السابقة عن الصعوبات التي ستواجهها منذ أن علمتَ أن (ديون) لن تستطيع الحمل. وقد تحدينا تفكيرك بذلك. بماذا فكرت منذ ذلك الحين؟ (تلخيص، وسؤال مفتوح: في بداية الجلسة).

الطبيب الإكلينيكي (ب): نحن نتحدث عن الطرق التي تسبب بها الأفكار اللاعقلانية مشاعرنا. وقد قَدمتَ الأمثلة عن الكيفية التي ترتبط بها أنماط تفكيرك مباشرة مع شعورك بالغضب والإحباط والحزن بشأن إيقاف معالجة الخصوبة. [يومئ] إذا استطعت أن تُحدث هذه المشاعر، فأنت تستطيع كذلك السيطرة عليها. [يومئ] لقد ناقشنا بعض الطرق التي يمكنك من خلالها عمل هذا -وأنت قمت بعمل هائل! [توقف توقف] هل يوجد شيء آخر تريد إضافته؟ (تلخيص، وتغذية راجعة، وسؤال مغلق: خلال منتصف الجلسة أو في نهايتها).

إن بإمكان الطبيب الإكلينيكي أن يطلب من المرضى وصف خبراتهم الخاصة، بدلاً من أن يخبرهم عما خرجوا به من الجلسة. وهذه الملخصات المتولدة عن طريق المريض يُمكن أن تُساعد على تنظيم الجلسة ويُمكن أن تكون مشجعة للمريض الذي يعترف بعد ذلك بما استُنبط من الجلسة. ومثل التأكيد، فإن التلخيص المتولد عن طريق المريض يُمكن أن يؤكد أن الطبيب الإكلينيكي والمريض يعملان معاً على نفس المسار.

وهنالك طرق متعددة يستطيع الأطباء الإكلينيكيون عبرها مساعدة المرضى على تلخيص جلساتهم. إذ يستطيع الأطباء الإكلينيكيون أن يبدؤوا الجلسة بتوجيه هذا السؤال: "ما الذي كان مهماً بالنسبة لك من جلسة الأسبوع الماضي؟" ويُمكن أن يساعد هذا السؤال المفتوح المرضى على تنظيم المادة واستخلاص شيء ما مهم منها. وفي نهاية الجلسة قد يسأل الأطباء الإكلينيكيون "ما الشيء الأكثر أهمية الذي تعلمته، أو فكرت به، أو شعرت به اليوم؟"

ويمكن للأطباء الإكلينيكيين أن يسألوا كذلك: "ما هو الواجب البيتي الذي تعطيه لنفسك بناءً على جلسة اليوم؟" وهذا السؤال المفتوح يُقيّم مباشرة ما وجده المرضى مهماً والذي تركهم يُميزون كيف سيتصرفون بناءً على الأفكار المُستخلصة من الجلسة. وبالطبع، عندما تكون مهام الواجب البيتي المُعطى للمرضى طموحة جداً، فإن الأطباء الإكلينيكيين يُمكن أن يُخفضوا المهام إلى حد ما ليّن أكثر.

انتبه إلى الطريقة التي تستخدم بها نتالي روجرز هذه المهارات الدقيقة في الإطار العنواني اللاحق. كيف تُطابِق هذه المهارات مع أهداف معالجتها المحتملة بالنسبة لروبن؟

هل أتعامل (أتغلب على المشكلات وأكافح) بالطريقة التي يعمل بها كل شخص آخر؟
Do I Cope the Way Everybody Else Does?

روبن Robin

تسحب الأدلة العلاجية المختلفة استجابات مختلفة من المرضى. لذا، استخدمها بشكل مدروس بطرق تدعم خطتك العلاجية. لاحظ كيف تعمل نتالي روجرز المولودة عام (1928) هذا مع روبن في هذه النسخة الموجزة من مقابلة مطولة. تصف نتالي نفسها على أنها معالجة فنون تعبيرية على الرغم من أنها تستخدم العديد من مهارات الإصغاء الأساسية من والدها المشهور جداً.

نتالي روجرز1: حسناً روبن، من اللطيف وجودكِ هنا، وأنا آمل أن أقضي بعض الوقت معك لأتعرف عليك من غير ريب، وأعرف كل شيء تريدين التحدث عنه، [إمم] وكما ذكرتُ بشكل موجز سابقاً، فأنا معالجة فنون تعبيرية، لذلك ربما سأقدم لك فرصة لاستخدام الفن كطريقة للتواصل، ولكن ذلك سيكون متروكاً لك. [مُوافِقَة]. يُمكنك أن تشعري بالحرية لقول نعم أو لا، آه، أنا أعني ذلك لاحقاً. لكن الطريقة التي أحب البدء بها مع المرضى -إذا كان هذا يناسبك- هو أن نقضي معاً دقيقة فقط بهدوء وأعيننا مغلقة تماماً حتى نحاول حقاً أن نصبح حاضرين: حتى نصبح هنا حقاً. كوني حاضرة اللحظة. [موافقة]. هل ذلك جيد معك؟

روبن : نعم، ذلك جيد.

نتالي روجرز 2: حسناً، دعينا فقط نضع أقدامنا على الأرض، واغلقي عينيك لدقيقة واحدة، ثم خذي نفساً عميقاً. أخبري جسدك أن يسترخي. وبينما نقضي هذه الدقيقة بالصمت، إذا استطعت أن تنتبهي لأي أفكار أو مشاعر أو أحاسيس تستمر معك، فإن ذلك سيكون جيداً. (20 ثانية من الصمت) عندما تكونين جاهزة، يُمكنك أن تفتحي عينيك. لذلك، أحب أن أبدأ من حيث تريدين البدء.

روبن 2: كان ذلك جيداً.

نتالي روجرز 3: أكان ذلك جيداً؟ [نعم] إم م م ماذا جرى؟

روبن 3: إنه يُصفي ذهني بشكل أساسي. (إم م م) أحياناً يسلب، (يستغرق لحظة). نعم.

خذي عشرة ثوانٍ فقط للرحيل، والحصول على استراحة، وتصفية ذهني، وإطلاق التوتر والضغط وأشياء مثل ذلك.

نتالي روجرز 4: ألهذا الحد ساعدك جداً ذلك الشيء البسيط فقط؟ [إم م م]. أتكونين حاضرة هنا أم فقط غير منشغلة؟

روبن 4: غير منشغلة.

نتالي روجرز 5: غير منشغلة، حسناً.

روبن 5: إنه نوع يشبه أنني أملك في بعض الأحيان أطناناً من الأمور التي تحتجب وتختفي. وإذا أغلقت عيني واسترخيت فقط لعدة دقائق، فإن ذلك يُبعدها مثلما تعرفين، وأنا لا أقلق بشأن الأمور. أنه يبدو جيداً.

نتالي روجرز 6: جيد، لذا، من اللطيف امتلاك دقيقة لا تقلقي فيها على الأمور.

روبن 6: صحيح صحيح. لكن قد حرر كل شيء للخارج. أعني، تماماً، أنه لا يوجد بالتالي ضغط، ولا قلق بشأن الأمور التي تستمر، والأمور الماثلة لها، لذا ...

نتالي روجرز 7: لذا، هنالك أمور تقلقني بشأنها، ولكن هل أبعدت كلها في هذه اللحظة؟

روبن 7: إممم، نعم. أعتقد أنني قلقة بشأن ما يقلق حوله كل شخص آخر، كما تعرفين؛ حيث سأكون بعد خمس سنوات ملقاة على الطريق. هل ما أعمله الآن هو الشيء الصحيح؟ فقط، فقط حياة يومية طبيعية. في بعض الأحيان، أُخمن أكبر شيء أفكر به، وهو كيف يتحمل كل شخص آخر الأمور التي تستمر على أنها حياة يومية طبيعية للناس الآخرين. كيف يتحملون مقارنة بي؟ هل أنا في منتصف الطريق أم أنني أتعامل (أتغلب على المشكلات وأكافح) بالطريقة التي يعمل بها كل شخص آخر، أم ...؟

نتالي روجرز 8: لذا تعانين من هذه الأمور التي تستمر بإقلاقك بشأن المستقبل نوعاً ما. [إم م م] كيف تقارني نفسك حقاً مع الآخرين؟ كيف يعمل الآخرون ذلك؟ (Carlson & Kjos, 1998, para 1-15)

- ما رأيك بتمرين نتالي روجرز الافتتاحي واستخدام الصمت؟ لماذا؟ ما الذي تعتقد أن روبن قد فكرت به؟ كيف تعرف؟

- ما رأيك بقدرة الدكتورة نتالي روجرز على سماع وفهم روبن؟ بِمَ فكرت روبن؟ كيف تعرف؟
- بالرغم من أننا لم نتحدث عن جميع المهارات التي تستخدمها الدكتورة نتالي روجرز، إلا أنها استخدمت بعض المشجعات الدنيا، وإعادة الصياغة، وانعكاسات الشعور، والأسئلة. ميّز كل واحد مما ذكره وانتبه إلى كيفية استجابة روبن للأنواع المختلفة من الأدلة.

استراتيجيات لفهم الآخرين بعمق
Strategies for Understanding others Deeply

أخبرتك كل شيء والذي هو في الواقع لا شيء، واللا شيء هو كل شيء. لا تكن مخدوعاً بما أقول. رجاءً أصغِ باهتمام وحاول أن تسمع مالا أقول.
Charles C. Finn

ربما يكون بعض الأشخاص قادرين على وصف الكيفية التي يشعرون بها بوضوح وبشكل مباشر. ومع ذلك، يجد العديد من الأشخاص صعوبة في التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم بالكلمات مباشرة. لذا، ربما يصرخون "لست غاضباً!" وربما يتجنبون التحدث عن الأشياء المهمة كثيراً بالنسبة لهم ويختارون التحدث عن المواضيع السطحية بدلاً من ذلك. ربما يتحدثون عن القضايا المُلحة بالنسبة لهم، وقد يعملون ذلك بأسلوب واقعي (مجرّد من العواطف)، وكما لو أنهم بديهيون (عاديون). وربما يصفون شيئاً على أنه مهم ليوم واحد وبعد ذلك ينكرون أهميته –حتى وجوده– القادمة. وربما يكونون صامتين ببساطة. إنّ هذه الأساليب من التعبير عن النفس –الإنكار والمراوغة والمراجعة (التعديل) والصمت– تُعقدُ العلاج، لكن يُمكن أن تكون تلميحات عن حياة المرضى الداخلية (Mozdrzierz et al., 2009; A.G. Rogers, 2001; A.G. Rogrset et al., 1999).

تحدث العديد من المؤلفين عن الطرق التي تُسكت بها بعض المجموعات نفسها (مثل مجموعات النساء، والناجون من الصدمات، والناس المصابين باضطراب الشخصية الهامشية)، بل يُقدمون تقارير ذاتية متناقضة بشكل مباشر مع خبراتهم الداخلية (L. M. Brown, 1998; Linehan, 1993; A.G. Rogers, 2001). وحتى هذه المجموعات، من ناحية ثانية، فإنها "تُسرّب" ما تفكر وما تشعر به (مثل قول "تلك فكرة هائلة" بينما هو عابس، وينظر للبعيد ويغير الموضوع بسرعة). وهذا التسرُّب هو صحيح بشكل خاص عندما يشعر المرضى بالأمان ويعتقدون بأن طبيبهم الإكلينيكي يريد أن يفهمهم.

يتطلب تعلم التعاطف الإصغاء للكلمات التي يستخدمها الشخص، ولكنه يُمكن أن يتطلب أكثر بكثير. ويقترح روثشيلد (Rothschild, 2004)، على سبيل المثال، أنه يجب على الأطباء الإكلينيكيين أن ينتبهوا إلى ردود فعل (استجابات) أجسادهم الخاصة، وذلك من أجل مساعدتهم على تمييز انفعالاتهم الخاصة وتمييز انفعالات مرضاهم. إن عكس (انعكاس) تنفس المرضى ومتابعة حركاتهم يُمكن أن يبني الفهم والوئام والسلوكات الاحتمالية الموالية (Lakin & Chartrand, 2003; May,) (1967; van Baaren et al., 2004. والعكس صحيح. أما التحدث بسرعة وبصوت مرتفع، على سبيل المثال، مع شخص ما يتحدث بهدوء وببطء يمكن أن يتصادم مع الوئام.

ومن المهم ملاحظة أن سلوك المريض ومشاعر الطبيب الإكلينيكي يمكن أن تكون مُضَلِلَة. فالمرضى يمكن أن يتنفسوا بشكل سريع نتيجة للقلق، أو قد يلهثوا نتيجة لداء الربو. أما قلق الطبيب الإكلينيكي خلال نقاش المريض لمرض والدته، على سبيل المثال، فربما يكون متعلقاً بأحداث في حياته الخاصة (حياة الطبيب الإكلينيكي) أكثر من قلق المريض. وأثناء جمع الملاحظات، يُوّلد الأطباء الإكلينيكيون فرضيات بدلاً من تمييز الحقائق؛ أي أن الثقة بالاستنتاجات تتزايد مع المعلومات المنسجمة الإضافية.

تصف آن روجرز (A.G. Rogers, 2001) أربعة استراتيجيات لتعميق التعاطف خارج حدود الكلمات التي يستخدمها المرضى. تقترح آن على الأطباء الإكلينيكيين أن:

- **ينظروا إلى القصة من وجهات نظر مختلفة.** عند العمل مع مريض مصاب بمرض الزهايمر (النسيان). على سبيل المثال، انتبه متى تكون ذاكرته جيدة ومتى تكون ضعيفة. متى وكيف كان طيعاً مع الموظفين، وبأي الطرق قاومَ السلطات؟ أخيراً، فكّر بالأشياء التي تم التلميح اليها ولكنها لم توصف بشكل كامل. ثم إن أي تفسيرٍ (تأويل) جيد (التفكير بالقضايا العرقية، ودور نوع الجنس في حياته، والعمر، والقدرة، والدين، وما إلى ذلك) يوسع ويعمق الصورة التي تم الإخبار عنها. ويعتبر هذا أحد مزايا استخدام الاستراتيجيات المتعددة مثل الخرائط الجينية، والتاريخ الاجتماعي النفسي، وخطوط الزمن خلال عملية التقييم.

- **يستمعوا إلى التلميحات اللغوية والاستعارات.** انتبه إلى اختيار الكلمة والاستعارة وماذا يقولون عن المتكلم. عندما يستخدم الناس الكلام المبني للمعلوم (مثل: "أنا...."، "عملت ... ")، فإن هذا يوحي أنهم يرون أنفسهم على أنهم مباشرين ومشاركين فاعلين مع وجود موضع داخلي من السيطرة، بينما استخدام الكلام المبني للمجهول (مثل: "... عُمِلَ لي" "حَدَث لي ... ") يوحي بموضع خارجي من المسؤولية. واستخدام الفعل الماضي يوحي بأن المريض يرى المشكلة كأنها موجودة في الماضي، بينما يوحي استخدام الفعل المضارع أن المريض يدرك المشكلة على أنها

مشكلة مستمرة. وتصف الاستعارات بشكل مباشر وغير مباشر الأشياء التي ربما تكون بطريقة أخرى غير واضحة (مثل: "مشيت خلال المساء في العمل.").

ويستخدم الناس الكلمات لكل أنواع الأسباب المختلفة. فاختيار الكلمة الضعيفة، مثل "أنا متكدرة خلال المساء في العمل" يمكن أن يشير إلى سمع أو (سوء سمع) التعبير (العبارة الاصطلاحية) بدلاً من رؤية التعبير موضحاً، أو الاستمتاع بالتلاعب بالألفاظ، أو حتى وجود تلف في الدماغ. إضافةً إلى ذلك، فإن الطرق التي يسرد بها الناس قصصهم تتأثر بالعوامل السياقية المختلفة، بما فيها العوامل المؤقتة والثقافية، والجمهور، والمزاج، والبيئة، والأحداث التي تحدث صدفة (انظر الجدول 11.3). وكما اقُترِحَ سابقاً، فإن الاستنتاجات عن معنى كلمات الشخص يجب أن تستخلص فقط بعد استكشاف الفرضيات الممكنة.

في أغلب الأحيان يُمكن أن يُقرأ ما يتحدث به المريض على عدة مستويات. فعلى سبيل المثال، عند القول بأن اليوم هو يوم لطيف (ويكون القول صحيحاً)، فإن آخر يُمكن أن يقول المثال أن الطقس ليس لطيفاً دائماً). وعندما تقول مريضة "أنا أثق بك حقاً" فلربما تقول كذلك أنها لم تتوقع أن تثق بمرشدها، أو أن إحساسها بالثقة يزيد، أو ربما أن هذه الثقة لا تزال متذبذبة. ونادراً ما يُلاحظُ أو يتحدث الناس عن الأشياء الثابتة أو المعروفة في حياتهم. وبدلاً من ذلك يركزون على الثغرات ويتحدثون عنها.

ويُعتبر الحذر والتروي ضرورياً عند استخلاص الاستنتاجات عن الناس من ثقافات أخرى. إذ أن لغة المرضى وسلوكاتهم غير اللفظية تتخذ أشكالاً مختلفة بسبب الفروق الإقليمية أو العرقية أو العمرية التي قد لا يكون لها نفس المعاني والدلالات في ثقافة الطبيب الإكلينيكي.

- **يراقبوا ما يتم إهماله أو تشويشه.** هناك عدة طرق مختلفة تجعل المعلومات الحساسة مشوهة أو مهملة. فقد ينكر المرضى المشكلة مباشرة: "أنا لم أتغيب هذا الأسبوع" (في حين أنهم قد قاموا بذلك). ويمكن أن يغيروا الموضوع للتهرب من المشكلة: "أنت تعرف أنها قضية مهمة، ولكنني أحتاج في الواقع أن أخبرك عن.... أولاً"، آملين ألا يعودوا ثانية إلى موضوع المشكلة. وربما يُعدّلوا قصتهم: "حسناً، نعم أخبرتك أنني لم أرد التحدث عن ذلك، ولكنني حقيقة أعمل ذلك". وهم قد يقدمون أوصافاً أضعف من عادية: "نعم، المدرسة تسير بشكل جيد". ويُمكن لقصتهم أن تتميز بالصمت؛ لذا فهم يتجنبون مناقشات المشكلة سواء سلباً أو إيجاباً.

وحتى عند عدم التحدث عن المشكلة (عن طريق الإنكار، أو الإهمال، أو التعديل، أو أن تصبح غامضة، أو البقاء صامتاً)، فالمرضى يسردون القصة عن كلٍ من المشكلة وعن أنفسهم.

فعلى سبيل المثال، ربما يقول المريض الذي ينكر التغيب أنه خائف من عواقب مشاركة هذه المعرفة مع شخص آخر (أو ربما بالاعتراف بهذه المعرفة لنفسه).

- **يتتبعوا الديناميكيات العلائقية.** تتبدل العلاقات وتتغير مع الوقت. وبينما تتغير العلاقة، فما يُمكن أن يُقال وكيف يقال، وما لم يُكشف عنه، كلها متغيرة ومتبدلة. وهذه التغييرات تعكس وتسبب تغييرات في العلاقة على حد سواء. وقد يكشف المرضى عن جزء عميق من ماضيهم عندما يشعرون بالأمان وبأنهم مفهومون؛ وقد يجعل كشفهم تباعاً الطبيب الإكلينيكي يتصرف بطرق تستخلص وتطول عمليات كشف أكثر.

ويجب أن تُبحَثَ وتُفْحَصَ هذه الديناميكيات أثناء علاقة معينة. إذ يجد بعض الأشخاص أنه من الأسهل أن يكشفوا نقاط الضعف للغرباء، بينما يستطيع آخرون أن يكشفوا فقط في العلاقات الوثيقة. فعلى سبيل المثال، بينما يتطور التحالف العلاجي، يمكن أن يصبح من الأسهل الكشف عن بعض المشاعر، ولكن إذا كانت المريضة تعتقد أن طبيبتها الإكلينيكية تراها كشخص قوي وكفوء، فلربما يصبح الكشف عن نقاط الضعف أكثر صعوبة.

وبوضع هذه الأفكار بعين الاعتبار، استمع لقصة (آنا ميتشنر).

جدول (11.3):

العوامل التي تؤثر على نوعية القصة المشتركة

- **السياقات المؤقتة الموقفية والثقافية:** يشارك بعض الأشخاص المعلومات العميقة بسهولة أكثر مع أشخاص يعرفونهم على نحو جيد، في حين يشاركون المعلومات الأخرى مع أشخاص يعرفونهم قليلاً. وقد يؤكدون بعض الأمور على حساب أمور أخرى، اعتماداً على تصوراتهم لنوايا ومقاصد المريض. كم هي قوة العلاقة العلاجية؟ كيف يؤثر سياق ماضي وحاضر ومستقبل الشخص على ما نُخبر به القصة والكيفية التي تخبر بها عن ذلك؟
- **أهداف التواصل:** أكثر تواصلات الأشخاص هادفة (مثل: للحصول على الدواء، أو الفهم، أو التشخيص، أو الذِكر الطيب). ماذا يأمل المريض أن يكسب؟
- **الوَسَط (وسط التواصل):** يتواصل بعض الأشخاص بطريقة أفضل شفوياً، في حين يتواصل البعض الآخر بشكل أفضل من خلال الكتابة أو العمل الفني أو من خلال مسرحية. هل هذا الوسط الذي يتواصل به هذا المريض جيد؟
- **التبصر:** لا يستطيع الأشخاص التشارك في الأمور التي لا يملكون الحصول عليها والوصول لها. هل يراقب ويفهم المريض أفكاره أو مشاعره أو سلوكاته أو دافعه؟

• **معايير كشف الذات الشخصية الموقفية والثقافية: تأخذ القصص وقتاً لسردها. فالفترات الطويلة تسمح عادةً بإكمالٍ وإتمام هائل، ويُمكنُ أن تُطَوِرَ نوع العلاقة التي تشجع الوصف الصادق وثلاثي الأبعاد. ما هي القوانين التي تحكم عمق ومحتوى عمليات الكشف الذاتي؟ لأي درجة تعد هذه المعايير بارزة وملحوظة؟**

نظرتي العالمية أم نظرتك؟ My Worldview or Yours?

آنا ميتشنر Anna J. Michener

عندما بلغت تيفاني (Tiffany) المولودة عام (1977) الثالثة عشرة من العمر أُدخِلَت إلى مستشفى الطب النفسي؛ لأن جدتها قالت أنها كانت "متمردة" ولا يمكن السيطرة عليها. وعلى مدار السنوات العديدة اللاحقة انتقلت تيفاني من مؤسسة إلى مؤسسة، وأخيراً وُضِعت في دار رعاية قبل فترة قليلة من أن يصبح عمرها ستة عشر عاماً. وهناك أخذت الأسم الأخير لوالديها بالتبني (ميتشنر)، وذلك لتكريم الأشخاص "الذين كانوا عائلة بالنسبة لي أكثر من أي من علاقاتي الحيوية". وأخذت أسمها الأول، آنا، لتعمل فصلاً واضحاً عن حياتها السابقة و"لتمثيل الحقيقة بأنني أنا شخصي الخاص" (Michener, 1998, p. 253). وتصف آنا نفسها على أنها إمرأة بيضاء.

وبالرغم من أن مذكراتها قد كُتِبَت خلال الفترة بين عيد ميلادها السادس عشر والسابع عشر، فإنك تستطيع أن تُدرك كيف أنها تتحول في كيفية رؤيتها لنفسها ولعالمها. انتبه إلى كلٍ من الكيفية التي ترى بها نفسها سابقاً ونظرتها الجديدة.

ادعت جدتي أنها تحبني للأبد ... ربما لو أنها ما أحبتني كثيراً لكنت شعرت بقليل من الحب لها. لم أكن معجبةً حتى بالأوقات التي قضتها معي ومع أخي تصنع البسكويت، أو أخذتنا فيها إلى المتنزه لنبحر بالقوارب، أو سمحت لنا باللعب بألعابها حتى العصر. ويُمكننا كسب هذه الأشياء منها فقط من خلال عمل ما تريد أن نعمله. إذ لا شيء يأتي بدون ثمن: تبعاً لروح الحب الحقيقي عند جدتي. وبينما كانت تتم السيطرة على أخي بسهولة عن طريق الرشاوي. فقد استأت منهم أكثر من العصا المعدنية الرفيعة التي كانت تحتفظ بها أعلى الدرج.

كنت دائماً المقصودة. إذ أنه عندما لم تعد جدتي تستطيع إبكائي حين تجلدني، فإنها كانت تجلد أخي الصغير في مكاني. وكانت تعلم تماماً أنني أفضل الموت على أن أرى أخي متضرراً.

وبالرغم من أنني لم أتمكن من أكون متنمرة على أي شيء، إلا أن جدتي استطاعت أن تحتال عليّ بدموع

التماسيح التي تسيل من عينيها في بعض الأحيان حينما كانت تتحدث عن أنها "تحبني كثيراً وتكره ألا تراني في الطريق كشخصٍ ذو شخصية سيئة"، أو عندما تشكت حَولَ "أمي الضعيفة الفقيرة" و"معاملتي القاسية لها".

وَضَعت جدتي في رأسي أنني إذا أحببت أمي فسأحصل على كل شيء، ومنذ أن كان عمري ست سنوات وأنا أحافظ على نظافة البيت وأصنع طعام العشاء كل ليلة، وأقوم بكل الأعمال المنزلية، وأعتني بأخي، بالإضافة إلى أنني أحافظ على علامات ممتازة في المدرسة. وكان يجب أن أضحي بكل شيء من أجل أمي، وأن أفكر بها قبل كل شيء آخر. وألا أسألها عن أي شيء، وألا ألمسها أيضاً. وكانت جدتي تدعو أمي أن تكون أمي ملموسة من قبل الأطفال بأنه "إجهاد غير ضروري".

وشعرت أنني مسؤولة تماماً عن صحة أمي الجسدية وحالتها الانفعالية. ولم يحاول أحد آخر حتى أن يُساعدها. لقد كانت جدتي متأكدة من أنها لم تقدم شيئاً لأمي التي كانت تقول دوماً بأنه يجب أن أعمل ذلك بنفسي. في الحقيقة، عملت جدتي العكس تماماً لخفض الإجهاد عن أمي. وحول أمي، أو حتى فقط عن التفكير بشأنها، بدا على وجه أمي منظر السجين الذي يشتاق لتسلق سياج الأسلاك الشائكة لكنه أبداً لا يجرؤ على ذلك (Michener, 1998, pp. 4-5).

كانت آنا تدخل وتخرج من المؤسسات النفسية قبل عيد ميلادها السادس عشر مرة كل عام. وقد رأت العاملين في المستشفى ينحازون مع جدتها ضدها، ويعارضونها هي والأطفال هناك. قد ذَكرت آن أن سلوكهم مَرَضياً شاذاً، وأن حقوقهم الأساسية وامتيازاتهم كانت مقيدة، وأنهم نادراً ما كانوا يتعاملون معها خلال وجهة نظرها وبحنان مراعاة.

بالرغم من أن (آنا) تلقت أوسمة على انتقادها لنظام الصحة النفسية، فقد تم انتقادها:

"اتُهِمْتُ بأنني قد قلت في كتابي أنني والأطفال الآخرين الموجودين في المؤسسة النفسية أبرياء جداً وأن كل شخص عَمِل معنا كان شريراً. ولكن هذا هو التفسير، لست أنا الواضحة جداً. لا أعتقد أنه يوجد شخص بريء تماماً، ولا أعتقد أن أي شخص هو شرير. وأعتقد أن الأطفال ينمون تبعاً للطريقة التي يعيشونها، وأن الطريقة الوحيدة لمحاربة العنف والاكتئاب والسلوك المناهض اجتماعياً لضحايا الإساءة هو الفهم والقبول والحب. ومع ذلك، فأنا أدرك أيضاً كيف أن هذا صعب التطبيق. إن موظفي الصحة النفسية والخدمات الاجتماعية الذين لم يفهموا جذور بعض السلوكات الشاذة سوف يتفاعلون بشكل طبيعي مع الخوف والإهمال والقسوة حتى لو لم يكونوا أناساً قساة. لم أكتب هذا الكتاب من أجل الانتقام أو لِيُشارَ إلي بالبنان أو لبدء الحرب. وآمل ببساطة من كل شخص يقرأ هذا الكتاب أن يضع نفسه مكاني للحظة ويسأل نفسه كيف: أشعرُ لو كبرتُ بهذه الطريقة؟ كيف أستجيب وأرد؟ ماذا أصبحت؟ (Contemporary Authors Online, 2003, para .2).

- كيف ترى آنا عالمها؟ ماذا تُقَدّر؟ ما الشيء الذي اهتمت به؟ كيف تميّز نقاط قوتها ونقاط ضعفها؟ كيف يُمكنك أن تعرف ذلك؟
- كيف رأت جدتها عالمها (على الأقل من خلال عيني آنا)؟ ماذا تُقدّر؟ ما الشيء الذي اهتمت به؟ كيف تميّز نقاط قوتها وضعفها؟ كيف يُمكنك أن تعرف؟
- أعد قراءة هذه الفقرة، وانتبه إلى العناوين الفرعية لاستخدام لغة آنا. وانتبه سطراً بسطر لما تقول آنا دون أن تذكر ذلك مباشرة (مثل: "ادّعت جدتي أنها تحبني للأبد"، ولكنها ليست كذلك.
- عُد وافحص ما استنتجته عن آنا وجدتها. هل وصفت كل واحدة نفسها بالطريقة التي كتبتَ بها عنهما؟ إذا كان الجواب لا، فعُد وضع في اعتبارك كانتا ستكتبان عن نفسيهما من وجهة نظرهما الخاصة، وتذكر أن السلوك يُصبح مفهوماً بشكل عام لذلك الشخص.
- هل تتفق مع تقييم آنا لنقد كتابها؟ لماذا نعم ولماذا لا؟ كيف يمكن لردود فعلك أن تؤثر على عملك الخاص في مجال الصحة النفسية مع المرضى؟
- عُد لقصة آني روجرز في بداية هذا الفصل، واستمع إلى المعاني الكامنة في عباراتها. كيف استجاب د. بلومنفيلد لها؟ هل هذه الاستجابات فاعلة؟ كيف تَعرِف؟

التعاطف الدقيق Accurate Empathy

> **من لا يفهم صمتك من المحتمل ألا يفهم كلماتك.**
> Elbert Hubbard

يُعد التعاطف فعالاً فقط في تسهيل التغيير عندما يُعبر عنه إما بطريقة لفظية أو غير لفظية. ويُمكن أن تنقل الكلماتُ بدقة متناهية التعاطف دون إضافة أي شيء آخر (تعاطف دقيق- Accurate Empathy). أو أن تشوّه أو تُضيع فهم المريض (تعاطف اختزالي-Subtractive Empath). أو أن تستحوذ على معنى المريض الكامل المُصرّح وغير المصرّح به بشكل مباشر، مما يُساعد المريض على اكتساب التبصر الذي قد لا يكون مُدركاً أو مفهوماً مُسبقاً (تعاطف إضافي – Additive Empathy؛ Carkhuff, 1969). وعلى الرغم من أن كل طبيب إكلينيكي في الحوار التالي يستخدم عكس (انعكاس) الشعور، إلا أن استجاباتهم تبين مستويات مختلفة من التعاطف.

شيرمان: لقد عملنا بجدٍ كبير لننجب طفلاً. إنه لمن الصعب أن نعرف كيف نتصرف من هنا. هل يجب علينا أن نقبل فقط بأننا لن ننجب طفلاً أبداً؟ هل يجب أن نفكر بالتبني؟

الطبيب الإكلينيكي (أ): يبدو أنك تشعر باليأس بشأن المستقبل منذ الآن. (تعاطف اختزالي)

الطبيب الإكلينيكي (ب): يبدو أن هذه العملية صعبة وأنك تشعر بأنك مشوّش جداً بشأن ما يجب عليك فعله لاحقاً. (تعاطف دقيق)

الطبيب الإكلينيكي (ج): يبدو أن هذه العملية صعبة وأنك تشعر بأنك مشوش جداً بشأن ما يجب عليه فعله لاحقاً، لكن يبدو أنك أيضاً بالتفكير بشأن المستقبل وإدراك أن الحياة ستستمر، وأنك ستستمر. (تعاطف إضافي).

لقد أخطأ الطبيب الإكلينيكي الأول الهدَف. وبقيامه بذلك، فإن من المحتمل أن يستجيب شيرمان بفوضى وارتباك، وربما يبدو منعزلاً، أو ربما يحتاج إلى مساعدة طبيبه الإكلينيكي على فهمه. وإذا كان هذا الطبيب الإكلينيكي محظوظاً، فإن شيرمان سيستجيب على النحو الآتي: "لا، لست يائساً في الواقع، لكنني مُشوّش جداً بشأن ما يجب عليه فعله لاحقاً" (انظر الجدول 11.2). ويتسبب كل الأطباء الإكلينيكيين بعثرات عرضية، وإذا كانت هذه العثرات والأخطاء نادرة نسبياً وصغيرة، فإنهم قد لا يُضرون التحالف العلاجي (Strupp, 1996).

أما الطبيب الإكلينيكي الثاني فكان على المسار الصحيح، والذي من المحتمل أن يوجه شيرمان إلى التوسع فيما قد قاله: "نعم، لقد كان صعباً وأنا مشوّش حقاً حول ما أعمل وإلى أين أمضي. ماذا أعمل لاحقاً؟". أما الطبيب الإكلينيكي الثالث فقد أصاب كبد الحقيقة مباشرة، مُدركاً على حد سواء كيف أن شيرمان تائه، وكيف أنه وزوجته قد بدءابالتفكير بشكل مختلف بشأن المستقبل. إن الأطباء الإكلينيكيين المتعاطفين يقدمون أكثر من مجرد ترديد كلمات مرضاهم: "إنهم يفهمون الأهداف العامة بالإضافة إلى التجارب والخبرات لحظة بلحظة، الصريحة منها والضمنية. ويستلزم التعاطف جزئياً "الاستحواذ على الفروق الدقيقة (في الأفكار ودقائق اللغة) والنتائج لما يقوله الأشخاص، ... عاكسين هذا عليهم من أجل اعتبارهم" (L. S. Greenberg et al., 2001, P. 383). وكما يُرى في هذا المثال وغيره من الأمثلة الواردة في هذا الفصل، فإن تعبيرات الأشخاص متعددة الأوجه، مع معانٍ تمتد فيما وراء (إلى أبعد من) كلماتهم. وإدراك هذه الفروق الدقيقة يُمكن أن يساعد المرضى على أن يشعروا بأنهم مسموعون ومفهومون. ولأن شيرمان شعر بأنه مفهوم من قبل الطبيب الإكلينيكي (ج) وأنه حر بما فيه الكفاية لسبر أجزاء أخرى من ذاته، فإنه قد رد كالآتي:

شيرمان نعم، ذلك هو! فعلى مدى السنوات العدة الماضية كنا نتقلب ذهاباً وإياباً بين الأطباء ونعمل كل ما يوصون به بشكل أعمى. أنا لا أحب هذا، ولكني لم أدركه في ذلك الوقت. أما الآن فقد بدأت أشعر بأن لنا الخيار، وبأننا نستطيع تحمل مسؤولية حياتنا مرة أخرى. وأشعر أنه بإمكاننا الاستمرار مرة أخرى.

إن توسعه المدروس على عبارة الطبيب الإكلينيكي الثالث توحي بأنه يعتقد بأنه قد فُهم بِعمق.

وبينما تعمل الكلمات على نقل التعاطف، فإنه يجب أن يُعبر عن التعاطف بشكل لفظي وغير لفظي؛ وعلاوةً على ذلك، فإن الرسائل بنوعيها اللفظية وغير اللفظية يجب أن تكون منسجمة وأصيلة (صادقة). ذلك أن الناس يرتكبون بتضارب الرسائل اللفظية وغير اللفظية Langton, O'Malley, & Bruce, 1996)). فقول "يبدو أنك تمر بوقت صعب" مع التثاؤب والإخفاق في عمل تواصل بصري من المحتمل أنه سيشير إلى قلة الاهتمام. أما قول نفس العبارة مصحوبة بالاهتمام الكامل فيشير إلى الالتزام الفعّال نحو الشخص والعلاقة.

ويُبلّغ المرضى عن أنهم يشعرون بسوء الفهم عن طريق الاحمرار من الخجل أو التململ أو الوضع المتحرك بشكل قلق، أو تجنب التواصل البصري أو الصمت، أو إحداث المزيد من عراقيل الحديث بما فيها التردد والتمتمة والكلام السريع (Mordecai, 1991). وقد يقوم الأطباء الإكلينيكيون بعمل نفس الأمور عندما يشعرون بالملل أو عدم الصبر أو عرقلة الترابط التعاطفي دون وجود وعي بذلك.

عُد إلى استجابات الدكتور بلومنفيلد نحو (آني روجرز) في بداية الفصل. عند أي مستوى من مستويات التعاطف (إضافي أم اختزالي أم دقيق) يمكنك وصف استجاباته؟ كيف تعرف؟

التعاطف: الحاجة إلى التصديق والإيجابية
Empathy :the need for nalidation and positivity

هذا ما يجعل الاحداث غير السارة "أخباراً"؛ إذ إن الأنشطة العطوفة هي جزء من الحياة اليومية الذي يعتبرونه بديهياً و لذلك هو مهمل بشكل كبير.
The Dalai Lama

جادل بينيل كونستانتينو (Pinel & Constantinou, 2003) بأن للناس حاجتان في العلاقات. فالناس يحتاجون إلى سماع الأشياء الإيجابية عن أنفسهم، ولكنهم يحتاجون أيضاً إلى أن تكون وجهة نظرهم مُصدّقة.

"يرفض الأشخاص ذوو احترام الذات المتدني التغذية الراجعة الإيجابية أو يعيدون تفسيرها (فهمها). وعندما يتلقوا تغذية راجعة إيجابية من مصدر موثوق (مثل: من طبيبهم الإكلينيكي) فربما لا يكونون قادرين على رفضها ولذلك يصبحون قلقين. وهم يفضلون التغذية الراجعة السلبية (Pinel and Constantino, 2003; Schneiderm & Larsen McClarty, 2007; Swann, Chang-)؛ من ناحية ثانية، يفضل الأشخاص ذوو الاحترام الذاتي المتدني (الذي يُمَيّزُ كثيراً من مرضى العلاج) التغذية الراجعة التي تؤكد مفهومهم الذاتي لكنها تتضمن أيضاً كمية قليلة من التغذية الراجعة الإيجابية (Pinel & Constantinou, 2003). وبالتالي، فبدلاً من القول عفوياً بأن كل شيء سيكون أفضل في الصباح، يُفضل كثير من الناس التغذية الراجعة التي تعترف بالمشكلة (تصديق وتأكيد) والتي تلمح ببعض الأمل (الإيجابية) على حدٍ سواء. وهذا النوع من التغذية الراجعة قد يُجاري

(ينسجم مع) فهمهم الخاص ولو جزئياً- وإلا فلماذا يرغبون أن يكونوا في العلاج؟ لاحظ كيف كانت استجابة الطبيب الإكلينيكي (ج) الأخيرة تأكيدية وتصديقية بينما هو متفائل (بمعنى: "يبدو أن هذه العملية صعبة، وأنك تشعر بأنك مشوّش جداً بشأن ما يجب عليك فعله لاحقاً، لكن يبدو أنك أيضاً تبدأ بالتفكير بشأن بالمستقبل، وإدراك أن الحياة ستستمر، وبأنك ستستمر").

ولأن الحاجة إلى التصديق والتأكيد قوية جداً، فإن بعض الكُتّاب جادلوا بأنه يجب على الأطباء الإكلينيكيون أن يُعالجوا ذلك بشكل مبكر جداً أثناء المعالجة (Finn & Tonsager, 1997; Ivey & Ivey, 2003; Pinel & Constantinou, 2003). وبمشاركة فهمهم مع المرضى (من وجهة نظر المريض الخاصة) فإن الأطباء الإكلينيكيين يُثبتون قدرة مرضاهم على أن يكونوا مفهومين ويظهرون كفاءتهم الإكلينيكية الخاصة.

غذاء للفكر Food of Thought

هل شعرت آنا ميتشنز بأنها مُصدَّقة من خلال عمل الطبيب الإكلينيكي معها؟ كيف تجاوبت مع هذا الإدراك؟ هل استجاب د. بلومنفيلد لحاجات آني روجرز فيما يتعلق بالتصديق والإيجابية؟ كيف أثرت استجاباتها لحاجاتها من التصديق والإيجابية على علاقتها؟ ماذا عن استجابات نتالي روجرز نحو روبن؟ هل كانت مُصدَّقَة وإيجابية؟

الخلاصة Summary

يعبر عن التعاطف لفظياً باستخدام أدلة علاجية مختلفة لكي تلبي الأهداف الإكلينيكية المختلفة. فإعادة الصياغة تلخص المحتوى من آخر عبارة للمريض وتشجع النقاشات حول الحقائق. أما عكس الشعور فيلخص الانفعالات ويشجع التركيز المستمر على الانفعالات. أما المشجعات فلا تزيد عادة عن بضع كلمات في طولها وتجعل المريض يوسع نقاشه لتلك الأفكار. في حين أن الأسئلة تجتذب المعلومات، فالأسئلة المغلقة تستجدي معلومات معينة وغالباً ما تحصل على إجابة نعم أو لا؛ أما الأسئلة المفتوحة فهي أقل احتمالاً لأن يجاب عليها ببضع كلمات، وهي تستخدم غالباً كنقطة بداية للمناقشة. وتجتذب طبيعة السؤال (مَن، ماذا، متى، أين، لماذا، كيف) استجابات مختلفة من المريض، مركزة على معلومات مختلفة. أما الملخصات فتجتذب باختصارٍ مفيد المواضيع معاً من جزء من الجلسة أو منها كلها.

لا تكون الإستجابات اللفظية وغير اللفظية دائماً -حتى عندما تكون مُصاغة جيداً- على المسار الصحيح، فالاستجابات التي تعيد صياغة ما قاله المريض دون تحويل (انحراف) أو إضافة لفهم المريض عبارة عن تعاطف دقيق؛ وتنتمي معظم الاستجابات التعاطفية المستخدمة بواسطة الأطباء الإكلينيكيين الفاعلين إلى هذا التصنيف. أما الاستجابات التي ليست على المسار الصحيح (تعاطف اختزالي) فإنها تتداخل مع العلاقة عندما تحدث بشكل متكرر جداً أو عندما يتم تناولها بشكل سيء. أما التعاطف الإضافي فيُميز بشكل دقيق كُلاً من الرسالة العلنية والنص الثانوي الكامن والضمني لتعبيرات المريض، ولذلك فهو يشجع التفكير والمواجهة الأعمق.

وهنالك عدة استراتيجيات لتطوير الفهم التعاطفي. وتقترح آن روجرز (A. G. Rogers, 2001) من تلك الاستراتيجيات: (أ) النظر إلى قصة المريض من وجهات نظر مختلفة عدة مرات، (ب) الإصغاء بعناية للتلميحات الواردة في لغة المريض والاستعارات؛ (ج) الانتباه إلى مايتم إهمالهأو تشويشه في المناقشة؛ (د) تتبع الانفعالات المتغيرة والديناميكيات العلائقية في الجلسة.

وبشكل عام، يستجيب الناس بشكل أفضل إلى الرسائل الإيجابية والمؤكدة لمفهومهم الذاتي. ويجب أن يكونوا أيضاً واقعيين ومفهومين من ضمن وجهة نظر المريض العالمية. إن التعبيرات الإيجابية والمؤكدة تعكس فهم الأطباء الإكلينيكيين العميق لمرضاهم، وتُشرك المرضى بفعالية أكثر، وتبني العلاقة العلاجية.

كيف تُطبق هذه القضايا في حياتك وعملك؟

1. أعط اهتمامك لما قد ينطقه المستمعون الجيدون وغير الجيدين؟ كيف يبينوا أنهم يستمعون جيداً أو لا يستمعون بشكل جيد؟ كيف يستجيب الآخرون لهم؟ هل تؤثر طبيعة المكان أو طبيعة علاقتهم على ردود الفعل التي يتلقونها؟
2. مارس مستخدماً مهارات الإصغاء اللفظية الأساسية (مثل: إعادة الصياغة، وعكس الشعور، والتلخيص) دون استخدام الأسئلة أو عمليات الكشف الذاتي أو مهارات التأثير اللفظية. كيف يستجيب الشخص الآخر؟ ماذا تشعر عند عمل ذلك؟ إذا شعرت أنك محرج فتذكر أن الإحراج أمرٌ طبيعي عندما تتعلم مهارة جديدة.
3. استمر بالممارسة مُستخدماً مهارات الإصغاء اللفظية. ماذا يحدث عندما تستخدمها بشكل جيد؟ ماذا يحدث عندما تستخدم عن قصد استجابات تعاطفية ضعيفة (مثل قول: "يبدو أنك مررت بيوم سيء حقاً!" وذلك عندما يكون شخص ما سعيداً ويرتد نحو الحائط من الفرح)؟ استجوب المشاركين في بحثك "المشاركين في بحثك" بعد ذلك.

12 الفصل الثاني عشر

تسهيل التغيير
Facilitating Change

إلى أين نتجه؟

1. ما هي الإستراتيجيات المشتركة التي يتم التشارك بها بشكل عام عبر الآراء النظرية المختلفة؟
2. لماذا يعتبر الإصغاء الذي يسبق التدخل مهماً في تسهيل التغيير؟
3. ماذا يستطيع الأطباء الإكلينيكيون أن يعملوا لمساعدة المرضى على تغيير السلوكات والأفكار والمشاعر؟
4. ما العوامل التي يُمكن أن تعمل كحواجز للمعالجة وكيف يُمكن معالجتها ومواجهتها بفاعلية؟
5. كيف يستطيع الأطباء الإكلينيكيون تقييم نجاح تدخلاتهم؟

أنا لا أشرب الكحول يومياً

I Don't Drink Every Single Day

بث شنايدر Beth Schneider

بث شنايدر (Beth Schneider) امرأة بيضاء جذابة من الطبقة الوسطى، في الثلاثينات من العمر، وحامل في الشهر الثامن، وقد وصفت بأنها بصحة جيدة، ونشيطة، وتحب اللهو، ومبتهجة. أصبحت بث حريصة على الحمية التي تتبعها منذ أن أصبحت حاملاً، ولكنها اتخذت قراراً مثيراً للجدل يتعلق بشربها للكحول. "أنا لا أشرب يومياً"، ربما أربعة أو خمسة أيام في الأسبوع تلك التي استمتع فيها بقدح من النبيذ. البيرة. (صوت تفرقع فليني من زجاجة النبيذ) أحب ذلك الصوت (تضحك). وكما تعرف، فعندما تحصل على قدح واحد في اليوم، فإنك ترشفه حتى الثمالة.

وأردفت قائلة: "سمعت عن متلازمة الكحول الجينية، وبالطبع، كما تعرف، فإن كل شيء يُخفيك مثلما يخيف المرأة الحامل، وهم قد زرعوا الخوف فيك."

قال زوجها (جف): "هناك فرصة. إلى أي مدى هذه الفرصة كبيرة؟ نحن لا نعرف. إنه ليس شيئاً لنقلق من أجله أو نرهق بسببه.

ليندا موراي، المحرر العام في بيبي سنتر (Baby Center) اعترفت: "لدينا عدد كبير نسبياً من النساء ... اللواتي أخبرننا بأنه وللمرة الأولى في حياتهن (الآن خلال الحمل) يُردن البيرة حقاً. إنهن يُحببن رائحتها ومذاقها".

وذكرت عدد من النساء بأنهن يشربن الكحول ولكن ليس أمام العامة. ولاحظت إحداهن أن النبيذ لا يستحق المجازفة بسخرية أو ازدراء العامة أو بكل النصيحة التي أنا متأكدة من أنني أحصل عليها".

اختتمت (بث) قائلة: "أنا لا أهتم. أنا أعتقد بقوة أن أي شيء معتدل هو جيد". (Chang, Chan, & Stern, 2008).

- لماذا تشرب السيدة شنايدر النبيذ؟ افترض أن طبيبها أوصاها بالتوقف عن الشرب من أجل صحة طفلها، ولكنها استمرت بالتحدث عن شربها بهذه الطريقة، ما هي مرحلة التغيير التي تمر بها الآن؟ كيف تعرف؟ ما هي معيقات توقفها عن الشرب؟
- إذا طلب منك طبيب التوليد المسؤول عنها أن تساعدها على أن تتوقف عن الشرب خلال مرحلة الحمل، فكيف تتعامل مع هذا؟ لماذا؟

- كيف تؤثر مشاعرك تجاه الشرب في مرحلة الحمل على ردود فعلك نحوها؟ كيف تؤثر على مقدرتك في العمل معها؟
- فيديو صباح الخير أمريكا بالنسبة لهذه القصة متوفر على الموقع: http://abcnews.go.com/video/playerindex?id=4232465. هل تغيّر مشاهدة المقابلة مع السيدة شنايدر نظرتك لها؟ إذا كان كذلك، فكيف؟ ما الذي أحدث الفرق؟

على الرغم من أن الأطباء الإكلينيكيين من مختلف الأطر النظرية يقومون بعمل عدة أشياء مختلفة في سياق المعالجة، إلا أنهم متشابهون في كثير من الطرق أكثر مما هم مختلفون. نبدأ هذا الفصل بوصف القواسم المشتركة عبر المنهجيات المتنوعة للعلاج في ضوء أهداف المعالجة، والعوامل التي تسهل التغيير، وخصائص الطبيب الإكلينيكي واستراتيجيات المعالجة. ثم نُحدد المنهجية العامة التغيير، والتي تتضمن أولاً الارتباط بشكل تعاطفي (بناء علاقة تعاطفية)، وبعد ذلك تقديم التغيير. ونخصص استراتيجيات معينة لتسهيل التغيير في السلوكات والانفعالات والمعتقدات. ونصف المنهجية العامة لتمييز الحواجز (المعيقات) والعمل معها من أجل التغيير. ثم تختتم الفصل بوصف استراتيجية لتقييم المعالجة.

القواسم المشتركة عبر منهجيات المعالجة
Commonalities Across Treatment Approaches

أهداف المعالجة Treatment Goals

يكمن التناقض الغريب بأن أتقبل نفسي كما أنا، وبعدئذ يمكنني أن أتغير.
Carl Rogrs

الهدف النهائي للعلاج هو زيادة قدرة المريض على الاستمرار بأن يكون ناجحاً بعد الإنهاء من المعالجة؛ وتطوير الكفاءة الذاتية، والحزم، والإحساس بالأمل، ومهارات حل المشكلات التي يمكن أن تكون مهارات ضرورية في هذه العملية (Curtis, 2002; Epston & White, 1995; Goldfried, 2002; L.S. Greenberg, 2002; Wachtel, 2002). يدعم الأطباء الإكلينيكيون استقلالية مرضاهم، لكي يُصبحوا بعد الإنهاء من المعالجة قادرين على حل المشكلة واستخدام آليات كفاح (تحمل) صحية وتكيفية. وبقدر الإمكان، يجب أن تشجع المعالجة المرضى على تطوير روافدهم الشخصية وأنظمة مساندتهم الطبيعية. ونتيجة لذلك، وبالرغم من أن الأطباء الإكلينيكيين قد يلجؤون غالباً إلى العصف الذهني وتقييم الخيارات مع المرضى، إلا أنهم بشكل عام يعطون المرضى خيارات بدلاً من النصيحة (May, 1967).

وبالاعتماد على عدد السكان، فإن ما بين 80% و90% من المرضى غير مستعدين لاتخاذ إجراء (للتصرف أو للعمل) (Prochaska & Norcross,2001) . ولذلك، فإن الهدف الأكثر قريباً للمعالجة هو مساعدة المرضى على تمييز المشكلة التي هم مستعدون للعمل عليها وزويادة رغبتهم في التغيير. إضافةً لذلك، يأمل كثير من المرضى أن يتمكن أطباؤهم الإكلينيكيون وبلمسة سحرية من إخفاء صدقهم ومعاناتهم (May, 1967). وحيثما كان ممكناً، من ناحية ثانية، فإنه يجب على الأطباء الإكلينيكيين مساعدة المرضى على امتلاك معالجتهم (أي أن يأخذوا المبادرة لاستكشاف الأفكار، وأن يتوصلوا إلى اكتشافاتهم الخاصة، وأن يكونوا فاعلين في المعالجة مثل طبيبهم الإكلينيكي) (Friedlander, Thibodeau, & Ward, 1985; Strupp, 1996).

العوامل التي تسهل التغيير Factors Facilitating Change

يتفق الأطباء الإكلينيكيون عموماً بأن العلاقة العلاجية هي علاقة مركزية وتأسيسية للنمو العلاجي (Goldfried, 2007; L. Greenberg, 2008; Lambert & Barley, 2001). ويجب أن يطوّر الأطباء الإكلينيكيون علاقة عمل إيجابية مع المرضى، وأن يتفقوا معاً على أهداف معالجة وطرق علاجية معينة. ويحتاج كل من المريض والطبيب الإكلينيكي إلى أن يكون المرضى ملتزمين وفاعلين بشكل متساوٍ في عملية التغيير، بدلاً من أن يتحمل طرف واحد معظم مسؤولية العمل (Friedlander et al., 1985; Prochaska, 1999; Prochaska & Norcross, 2001).

يعتقد معظم الأطباء الإكلينيكيون أن القبول غير المشروط والاتجاهات (المواقف) غير الحُكمية (التي لم يُحكم عليها) تُسهّل التحالف العلاجي والعمل الإكلينيكي و. بالمقابل، يتفقون على أن النقد والاتجاهات (المواقف) الحُكمية تتدخل (تتصادم) مع العلاقة العلاجية وتعيق النمو العلاجي (Goldfried, 2007; Linehan, 1993; May, 1967; C.R. Rogers, 1957/1992). في الواقع، يُجادل غولدفريد (Goldfield) بأنه عندما تكون هذه السمات غير مؤكدة في الكتابة عن الإرشاد والعلاج النفسي، فذلك لأن هذه "العوامل غير المحددة" قد قُبلت في التخصص (المهنة) كما أُعطيت. علاوةً على ذلك، يتفق معظم الأطباء الإكلينيكيين على أن قدرتهم على أن يكونوا تعاطفيين، وعلى القبول، وأن يكونوا منجسمين (متطابقين) تُسهل وعي المرضى بالانفعالات وقدرتهم على تمييز، وفهم، ونقل انفعالاتهم للآخرين (Watson, 2007). وربما للمفارقة، يعد التعاطف مع المرضى وقبولهم كما هي من الأمور تُسهّل قدرة المرضى على التغيير (Frankl, 1946/1984; May, 1967; Watzlawick et al., 1974).

أخيراً، تُثير العلاقة العلاجية القوية توقعات إيجابية وإحساساً بالأمل (Frank & Frank, 1993). وهي تعزز حافز المريض للتغيير (Prochaska, 1999; Prochaska & Norcross,

2001). ويُمكن أن تُحدث تجربة المرضى لأنواع مختلفة من العلاقة أو النتيجة (المُخرج) خبرةً تصحيحية (تعديلية ومُساعدة – Corrective experience)، والتي تُساعد المرضى على أن يشعروا بشكل مختلف تجاه أنفسهم، وعلاقاتهم، وماضيهم، ومستقبلهم (Alexander & French, 1946; Goldfried & Davila, 2005).

خصائص الأطباء الإكلينيكيين Characteristics of Clinicians

يشترك الأطباء الإكلينيكيون بخصائص شخصية معينة. وكما وصف سابقاً، فإن الأطباء الإكلينيكيين تعاطفيون، ومتقبلون، وأصيلون (صادقون) في عملهم الإكلينيكي (C.R. Rogers, 1957/1992). وهم صبورون، ويدركون أن المرضى يتغيرون بسرعتهم (تقدمهم) الخاصة، وبأن تعجيل المرضى يُمكن أن يكون ذا نتيجة عكسية (Goldfried, 2007; Strupp, 1996). وهم غير حُكميين (لا يصدرون أحكاماً على الآخرين) ولا يهتزون بسهولة أو ينزعجون بالأمور التي يتوقع مرضاهم أن تكون صادمة لهم (May, 1967).

ويتطلع الأطباء الإكلينيكيون الفاعلون إلى أن يكونوا أصيلين (صادقين) ومتواضعين وغير دفاعيين (C.R. Rogers, 1957/1992; Strupp, 1996). وهم يدركون أنهم يرتكبون الأخطاء وهي معيبة، ولكنهم يهدفون إلى التعلم من أخطائهم. والأطباء الإكلينيكيون استبطانيون (يفحصون أفكار ودوافع ومشاعر الفرد) ومدركون للكيفية التي قد تؤثر بها احتياجاتهم وإحباطهم وأهدافهم وقيمهم على قراراتهم الإكلينيكية. ولذلك، فهم يتساءلون كيف يُمكن أن تؤثر هذه العوامل على قدرتهم على التعاطف واتخاذ قرارات مُنتجة. وعند سرد قصة ما أو اتخاذ قرار، على سبيل المثال، فإن الأطباء الإكلينيكيين الفاعلين يتساءلون فيما إذا كانوا يعملون ذلك تبعاً لاهتمامات المريض المفضلة المأخوذة بعين الاعتبار (Strupp, 1996).

استراتيجيات المعالجة Treatment Strategies

يُعد الألم الانفعالي والجسدي من الأمور المُسلّم بها في الحياة، على الرغم من أن الناس لا يحتاجون إلى التصرف بطرق تزيد ذلك الألم. وبدلاً ذلك، وبشكل خاص عندما لا يُمكن أن يتغير الألم أو يُزال، فإن الأطباء الإكلينيكيين يركزون عموماً على الفهم، وتدبير الأمور (المعالجة والتحمل)، وتحويل (تبديل وتغيير) واستعمال الصدمة والضغوط والمصاعب الأخرى بطرق أكثر إيجابية (Franke, 1946/1984; May, 1967). لقد ركز بعض الكُتّاب على الكيفية التي يُمكن أن تقود بها الطرق الإيجابية إلى النمو (التطور)، وميّزوا طرقاً لزيادة إمكانية النمو والتطور (مثل: C.L. Park, 2004; C.L. Park, Aldwin, Fenster, & Snyder, 2008; C.L. Park, Lechner, Antoni, & Stanton, 2009).

ويُلبي الأطباء الإكلينيكيون أهداف المعالجة من خلال الإصغاء بانتباه إلى ما يقول المرضى بشكل مباشر، وإلى ما يلمحون له، وإلى تراصف المواضيع (وضعها جانب بعضها بعضاً) وطرق الحديث عنها (Mozdrzierz et al., 2009; A.G. Rogers, 2001; A.G. Rogers et al., 1999). وهم يُصغوون للمواضيع التي يُطورها المرضى ضمن ساعة العلاج وعبر المعالجة-أثناء الجلسات العلاجية (Strupp, 1996). ويُصغي الأطباء الإكلينيكيون أيضاً إلى ردود أفعالهم المعرفية والانفعالية الخاصة، مُدركين ردود الأفعال هذه كتلميحات هامة حول اهتمامات واستجابات وديناميكيات مرضاهم (Rothschild, 2004; Strupp, 1996).

إن تشجيع المرضى ليصبحوا مُشتركين بفاعلية في المعالجة ومتوشقين لمعرفة حياتهم أمرٌ يجذب المرضى ويلفتهم في المعالجة، والذي يرتبط بمخرجات أكثر إيجابية (Friedlander et al., 1985). علاوةً على ذلك، يُظهِر اشتراك المرضى النشط احترام الأطباء الإكلينيكيين العميق لكل مريض؛ ويُمكن أن يقدم هذا الاحترام خبرة تصحيحية ربما لم يكن قد واجهها واختبرها المرضى مسبقاً من أشخاص آخرين (Strupp, 1996). أخيراً، يوحي هذا التوقع بأن المرضى سيكونون مُشتركين بفاعلية في المعالجة يوحي بأنهم يُمكن يمارسوا رقابة على أنفسهم وسلوكاتهم وأن يقوموا بتغييرات إيجابية رداً على الصدمة، بدلاً من أن يكونوا مصدومين بها مِن خلال الحياة.

إن جعل المعالجة نشطة يتم على مستويات متعددة. ويجب أن يكون كل من المريض والطبيب الإكلينيكي منجذباً ومنهمكاً بنشاط في المعالجة، مع أطباء الإكلينيكيين يدخلون كل جلسة بحماس ونظرة جديدة (Strupp, 1996). وفضلاً عن التحدث فقط عن المشكلات في الماضي، فإنهم يبحثون قدر الإمكان عن طرق لجعل المعالجة نشطة ولجلب الاهتمام بهنا والآن ((Here and Now) (Goldfried, 2002; Yalom, 2003)). وهم ينتبهون إلى الطريقة التي يرتبط بها المرضى معهم في تلك اللحظة بالذات. بماذا يفكرون الآن؟ إلى أي مدى يُعد إدراك مرضاهم الحالي مساعد أو سيء التوافق والتكيف؟ وفضلاً عن التحدث فقط عن المشكلات، فإن العديد من الأطباء الإكلينيكيين سيجدون طرقاً لجعل المعالجة أكثر نشاطاً وحيوية، وذلك من خلال استخدام الاستعارات، والقصص، والتشريعات (القوانين)، ومن خلال تنشيط العوالم (المجالات) المعرفية والعاطفية والسلوكية (Goldfrie, 2002). وهذا يُمكن أن يتم ضمن الجلسة أو من خلال تحديد واجب بيتي يتم استكماله خارج نطاق المعالجات.

إن التحدث عن الطلاق، والصدمة، والحزن، والفقد (الضياع والخسران)، وحالات الفشل بالقياس إلى الارتباط بمعظم يوم العمل يُمكن أن يكون عملاً مُتجَهماً، ورغم ذلك يجد العديد من الأطباء الإكلينيكيين بأن قدرتهم على بث البهجة والمرح والمحافظة على طبعهم اللطيف لا يُمكن أن

تكون استراتيجيات عناية ذاتية فقط، لكنها، وبشكل أكثر أهمية، هي طرق لمساعدة المرضى على اكتشاف البهجة والمرح ثانية وإعادة الارتباط بطبعهم اللطيف أيضاً (Strupp, 1996).

إن هذه القواسم المشتركة –أهداف المعالجة، والعوامل التي تسهل التغيير، وخصائص الأطباء الإكلينيكيين، واستراتيجيات المعالجة– تُوجد عَبر القيود العلاجية والتوجهات النظريات وتُنشيء منهجية عامة للاقتراب والتقدم إلى عملية التغيير. في الأسفل، نصف هذه المنهجية العامة، والتي تتكون من تطوير فهم مشترك أولاً، ومن ثم تطبق استراتيجيات تغيير معينة. ونميّز طرقاً أكثر تحديداً للتدخل، والتي تتضمن الاهتمام (المعالجة) بشكل آنٍ حيث هو المريض الآن، وتطوير أهداف علاجية بالاشتراك مع المرضى.

المنهجية العلاجية العامة للتغيير
General Therapeutic Approach To Change

أولاً، طوّر فهماً مشتركاً
First, Develop & Shared Understanding

لذا، عندما تصغي إلى شخص ما بشكل تام وبانتباه، فأنت آنذاك تصغي -ليس فقط للكلمات- بل أيضاً إلى الشعور الذي يحمله، إليه كله، وليس لجزء منه.
Jiddu Krishnamurti

غالباً ما يستجيب الأصدقاء وأفراد العائلة إلى مشكلات المرضى إما بالموافقة (مثل: "أنت على حق، يجب أن تتركيه")، أو رفض وجهة نظرهم (مثل: "لا يمكنك الجلوس حوله فقط! انهض واعمل شيئاً!"). وعلى أية حال، فإن هذه الاستجابات يُمكن أن تكون غير منتجة وغير علاجية. ويُدرك المرضى النقد كثيراً على أنه إضعافٌ وإبطال لخبرتهم؛ إذ أنهم يميلون إلى الثبات على موقفهم ومقاومة التغيير (Beutler et al., 2001). أما الاستجابات الناقدة والمُصدرة للأحكام واللائمة فإنها تضع وتعرض الأشخاص ذوي تاريخ المرض النفسي للخطر المتزايد من الانتكاس والمعاودة (Replace) (Hinrichsen & Pollack, 1997; Hooley & Hiller, 2000; Hooley & Teasdale, 1989; O'Farrell, Hooley, Fals-Stewart, & Cutter, 1998).

ويصف آيفي وآيفي (Ivey & Ivey, 2003) منهجية مساعدة أكثر لتسهيل التغيير؛ فهما يقترحان أنه يجب على الأطباء الإكلينيكيين أن يُصغوا، ويشاركوا فهمهم، ويتدخلوا فقط بعد أن يتم إدراك وتمييز ذلك الفهم. وتبدأ المعالجة الفاعلة بالأطباء الإكلينيكيين الذين يُصغون بعمق إلى المرضى، متمسكين بافتراض أن وجهة نظر المرضى صحيحة (Fraser & Solovey, 2007; Ivey & Ivey, 2003; Linehan, 1993). وبدلاً من التجاوز بسرعة جداً إلى التدخل، فإن الأطباء

الإكلينيكين يحتاجون الوقت لتطوير فهم تعاطفي قوي لمرضاهم ولوجهات نظرهم (وجهات نظر الأطباء الإكلينيكيين)، فيغدون متشوقين لمعرفة الكيفية التي يرى بها مرضاهم العالم، ومكانهم فيه، ومشكلتهم، وقدرتهم على تغييرها. فعلى سبيل المثال، يُمكن أن يكون الإصغاء مع المرضى الذين لديهم محاولات انتحار أو يحاولون ذلك ضرورياً لتشجيع وتحفيز عملية التغيير، برغم أن العائلة والأصدقاء ربما لم يرغبوا بالاستماع إلى قصتهم (G.K. Brown et al., 2006). والإصغاء بانتباه واهتمام لقصتهم يُمكن أن يساعد الأطباء الإكلينيكيين أيضاً على تمييز وتعريف عوامل الخطر، وإيجاد إطار مفاهيمي قوي للحالة.

عندما يعتقد الأطباء الإكلينيكيين أنهم يفهمون (يُدركون)، فإن عليهم أن يُشاركوا ويشتركوا بفهمهم للمريض وللمشكلة من وجهة نظر المريض، والتي قد تختلف عن وجهة نظر الطبيب الإكلينيكي، أو وجهة نظر عائلة المريض وأصدقائه. وعندما يمنع الأطباء الإكلينيكيون تدخلات سابقة لأوانها حتى لو كانت "صحيحة" فإنهم يقوضون (يضعفون) المعالجة. لذا، فإنه وفقط عندما يُدرك المرضى فهم أطبائهم الإكلينيكيين التعاطفي، فإن بإمكان الأطباء الإكلينيكيين التدخل لتقديم وجهة نظر جديدة وتحفيز التغيير. انظر لأنواع مهارات التأثير اللفظية في الجدول (12.1). وفي الحالة التالية، انتبه فيما إذا كانت أنطونيا (Antonia) تشعر بأنها مفهومة، وإلى الكيفية التي تشير بها إلى فهمها.

جدول 12.1:

مهارات التأثير اللفظية

- **إعادة التغيير: تزود بأسلوب جديد للنظر إلى السلوك القديم. ويُمكن أن تكون إيجابية فتجعل السلوك مرغوباً أكثر، أو سلبية تجعل السلوك مرغوباً بشكل أقل. "سلوكك المُساعِد يُمَكِنُه من الاستمرار بالانتفاع والحصول على المستوى العالي". "سلوكك التمكيني (المُمكّن) هو إشارة على حنّوك العميق على الأشخاص الذين يُحيطون بك".**
- **التفسير (الإيضاح والتأويل): يُميّز المعنى الأعمق والكامن لسلوك المريض. "أتساءل ما إذا كان تأخرك عن الجلسات وقد يشير إلى ازدواجيتك (تناقضك) حول أن تكون هنا".**
- **الكشف الذاتي: يكشف عن المادة التي تعد شخصيةً نوعاً ما بالنسبة للطبيب الإكلينيكي، والمتضمنة ردود الأفعال، الذكريات، الأحكام، التصرفات والأفعال، إلخ. "كنت أفكر بأننا نتحرك اليوم بسرعة جداً". "مررت بوقت صعب جداً بدأ بدراستي في الكلية وتجنبت أمراً والدياً عنيفاً".**
- **التغذية الراجعة: وهي حالة خاصة من كشف الذات الذي يُشترك في فهم وإدراك الطبيب الإكلينيكي للمريض أو في رد فعله نحو المريض أو نحو سلوكه. "أنزعج جداً عندما تتأخر عن**

جلساتك بشكل اعتيادي". "تقول أن الآخرين يرونك كشخص متشامخ بعض الشيء (بعيد) وغير ودّي، لكنني لا أراك بذلك الأسلوب".

- **إعطاء المعلومات:** وتقدم المعلومات لمساعدة المريض على فهم المشكلة أو الأعراض أو الآخرين بشكل أفضل. "العديد من الأشخاص الذين لديهم تاريخ في الإساءة للأطفال يمرون بوقت صعب في بناء العلاقات والثقة بالأشخاص الآخرين".
- **التطبيع (جعله طبيعياً وسوياً):** وتعرض السلوك الذي أدركه المريض بشكل سلبي على أنه سلوك طبيعي، على الأقل تحت بعض الظروف. "كل واحد لديه أيام جيدة وأيام سيئة على حد سواء. لكن تحدث المشكلة عندما تكون الأيام السيئة متكررة كثيراً أو صارمة".
- **التوجيهات:** وتخبر المريض عما يعمله، وذلك في حالة محددة نسبياً بشكل عام للمساعدة على تلبية أهداف المعالجة. "خذ نفساً بطيئاً لثلاث مرات وابدأ بالتركيز على نفسك". "راقب أفكارك على مدار الأسبوع القادم، خاصة عندما تنتابك مشاعر جياشة".
- **النصيحة:** وتخبر المريض عما يعمله، وذلك بشكل خاص عن الكيفية التي يحل بها المشكلة التي تواجهه. "لو كنت مكانك، فإني أطردها الآن".
- **المجابهة:** وتميّز التناقض ضمن أو عبر المجالات، ولك مثل: التناقض بين سلوك المريض وهدفه، أو بين السلوك والقيم وإعادة صياغة هذه التناقضات. "تقول أن أطفالك هم كل شيء بالنسبة لك، على الرغم من أنك تشرب كل ليلة خارج المنزل في هذا الأسبوع". "ترغب بأن تمتلك علاقة أمتن مع عائلتك، لكنك تغضب في كل وقت نتحدث عنهم وتُغير الموضوع".

أنطونيا 1: [تنظر للأسفل، وتتحدث ببطء] مررت بأسبوع صعب جداً. بقيت أقاوم من أجل البقاء على المسار الصحيح مع الأمور التي كنا نتحدث عنها في الأسبوع الماضي. كل الأمور تبدو كبيرة جداً. حتى النهوض من السرير يبدو أيضاً كبيراً (لا طاقة لي).

الطبيب الإكلينيكي 1: يبدو أنك تمرين بوقت صعب جداً، ذلك أنك تقاومين من أجل البقاء على المسار الصحيح فيما يتعلق بما تحدثنا عنه الأسبوع الماضي، حتى النهوض من السرير. (إعادة صياغة)

أنطونيا 2: [تومئ] نعم. لا أريد النهوض من السرير، لكن لدي أمور مهمة لأقوم بها. يجب أن أقرر ما إذا كنت سأطرد شخصاً ما في العمل. يجب أن أختار يوم عناية جديد بالتوائم. في الغالب، مع ذلك، كان (جويل) مذعوراً مؤخراً

ويجب أن أقرر ما إذا كنت أستطيع الاستمرار بالعيش معه. [توقف مؤقت] إن هذا كله أكثر من اللازم.

الطبيب الإكليني 2: إن هذا كله أكثر من اللازم. [يومئ وينظر للأعلى] ولحد الآن، أنت مستمرة وبدأت باتخاذ بعض القرارات الصعبة جداً في العمل ومع عائلتك. [نعم.] (مُشجّع، تغذية راجعة).

مواصلة المسار الصحيح مع المرضى

Getting on Track with Clients

في تعليقها الثاني، شعرت أنطونيا بأنها مفهومة ولو بشكل جزئي على الأقل، "نعم. لا أريد النهوض من السرير" (أنطونيا 2). ومع هذا، تُشير بأنه لم يتم فهمها بالكامل، وذلك عندما استمرت قائلة: "... لكن لدي أمور مهمة لأقوم بها (أي أنه "لا أستطيع تحمل البقاء في السرير"). عندما يشعر المرضى بأنهم متناقضون ويائسون، فهنالك خطرٌ من الانزلاق إلى خُدعة "نعم، ولكن ...". وعندما يستجيب المريض أو الطبيب الإكلينيكي من خلال جملة "لكن" (ما لم يُعدِ الطبيب الإكلينيكي صياغة تناقض المريض) فهنالك اضطرابٌ في الفهم. وفي هذه الحالة، فإنه سيكون من السابق لأوانه أن يتابع طبيب أنطونيا الإكلينيكي بالتدخل الموجه نحو العمل أكثر (التدخل الإجرائي)، ويجب بدلاً من ذلك أن يُركز على الإصغاء.

في بعض الأحيان، من ناحية ثانية، يُعبّر عن جملة "لكن" بطريقة غير لفظية فقط، وذلك من خلال التردد (الحيرة) أو انقطاع التواصل البصري (Thomas, 2005). وكما في المثال الآتي (أنطونيا 3)، فإن التردد وانقطاع التواصل البصري يشيران إلى الإخفاق في التوصل إلى اتفاق، ويجب أن يتم تفسيرهما على أنهما إشارة للتباطؤ (انظر الجدول 11.2).

أنطونيا 3: أوه... [توقف مؤقت، عيونٌ تَدمَع] أنت مُحق. أنا حقاً لا يجب أن أبقى في السرير. لدي أمور مهمة لأعملها. [تصبح وضعيتها منغلقة أكثر وتستدير بعض الشيء].

إن ترددات وحيرة أنطونيا والتغيرات في لغة الجسد (مثل: قطع التواصل البصري والتغير في وضعية الجسد) تُشير بأنها لم توافق تماماً، بالرغم من اللغة التي تقترح الموافقة بشكل سطحي. إن استخدامها لكلمة "يجب" يُشير أيضاً إلى مُشكلة محتملة. وفي هذه الحالة، فهي تُلمح بأنها تعتقد بأنه يجب عليها أن تقبل إلى حدٍ ما بأن تعمل.

يتطور الفهم التعاطفي عندما يتبع ويُدرك الطبيب الإكلينيكي التناقض (Discrepancy) بين الموقع الذي يحتله المرضى والموقع الذي يعتقدون بأنه يجب أن يكونوا فيه (أين هم الآن، وأين يجب أن يكونوا باعتقادهم) (Slattery & Park, in Press a). ويجب أن يُؤكِدَ الأطباء الإكلينيكيون طرفي مُعضلة المرض وخبرته (مثل: كيف يُخفق المريض في تحقيق أهدافه، على الرغم من أنه يراها ضرورية، أو عرضية، ولكنه يريد التغيير؛ (Fraser & Solovey, 2007; Slattery & Park, in Press a). وبدون السابق (أين هُم) فإن المرضى قد لا يشعرون بأنهم مفهومون، لكن بدون الأخير (أين يجب أن يكونوا باعتقادهم)، فإن المرضى قد لا يشعرون بالأمل بشكل كافٍ ليبدؤوا التغيير.

الطبيب الإكلينيكي 4: تعتقدين أنه يجب أن تقومي بعمل "أشياء مهمة" [آهه]. على الرغم من أنك لا تريدين النهوض من السرير. [آهه] يبدو أنك تريد عمل هذه الأشياء لكنك متناقضة جداً بشأنها. كيف يمكنك أن تحلي المشكلات عندما لا تعرفين ما تريدين عمله؟ (إعادة صياغة، سؤال مفتوح)

أنطونيا 4: بالضبط. [تُحدِث تواصلاً بصرياً ووضعية مسترخية نوعاً ما] كيف أستطيع حل هذه الأمور عندما لا أعرف ما الذي أريده؟

في استجابة أنطونيا الرابعة، تُشير بشكل لفظي وغير لفظي على حد سواء بأنها اعتقدت بأن طبيبها الإكلينيكي قد فَهِم طبيعة مشكلتها (التناقض الذي من الضروري أن يُنهى). لقد قالت "بالضبط" بينما أحدثت اتصالاً بصرياً واسترخت، ثم أعادت صياغة كلام طبيبها الإكلينيكي مُظهِرة بأنها قد قبلت بأنهما كانا على نفس المسار.

غذاء للفكر Food for Thought

لقد رأينا نتائج الإخفاق في الإصغاء بشكل جيد، وفرض وجهات نظر على المرضى في رد فعل الآنسة شنيدر تجاه الانتقادات المتعلقة بشربها للكحول في بداية مادة الحالة المعروضة. باستخدام استراتيجية الإصغاء والتدخل هذه وفقط بعد أن تشير المريضة إلى أن مشاعرها قد سمعت، أعد تقييم محاولتك المبدئية لمساعدتها على التغيير. هل استخدمت هذه العملية؟ إذا كان الجواب لا، حاول مراجعة استجابتك.

****

كيف تستجيب لعائلة لي (الفصل الخامس والعاشر)، بحيث تُعالج كلاً من وضع لايا الخاص، -وذلك كما يُرى بوجهة نظر الهمونغ حول داء الصرع الذي تعاني منه- وكذلك مخاوف والديها المتعلقة بصحتها الجسدية؟ كيف يتطابق هذا مع ما عمله الباحثون الاجتماعيون والأطباء على حالة لايا عندما عملوا مع عائلتها؟ لو قالت عائلة لايا بأنهم كانوا مستعدين لاستخدام المعالجة من أجل ايقاف نوبات الصرع التي تصيب لايا، فكيف تتعامل مع ازدواجيتهم غير المصرح بها (أي استعدادهم لتجريب شيء مختلف، ولكن أيضاً وجود الحواجز التي منعتهم من استمرار المتابعة بالعناية الطبية بثبات في الماضي)؟

****

ماذا لو أنك كنت تعمل مع الشاب مالكولم إكس (الفصل السادس) في الفترة التي تلت مقتل والده، عندما بدأ بالكاد العمل؟ كيف يمكنك التعرف على المشاعر التي تحفز عمله، بينما ترى أيضاً الصفات الإيجابية التي تميز هذا الناشط المتفتح؟ إذا تحدث مالكولم عن التغيير واتَبع قوانين المدرسة، فكيف يستطيع معالجة الجزء المتعلق به والذي يريد تغييره والجزء الذي قد لا يكون مستعداً لتغييره؟ لماذا يُمكن أن يكون هذا مهماً؟

بعد ذلك، قدّم التغيير Then, Introduce Change

يمنحني الله الصفاء لتقبل الأشخاص الذين لا أستطيع تغييرهم، والشجاعة لتغيير الشخص الذي أستطيع تغييره، والحكمة لأعرف أنه أنا.
Anonymous

حتى بعد أن يُقنع الأطباء الإكلينيكيون مرضاهم بأنهم قد فهموهم وفهموا مشكلتهم، فإنَّ عليهم أن يواصلوا العمل للمحافظة على تلك العلاقة، بينما أيضاً يعتمدون على مرحلة التغيير التي يمر بها المرضى، أو يساعدونهم على إدراك المشكلة، أو يحلون تناقضهم المتعلق بالتغيير، أو يميزون استراتيجيات التغيير أو البقاء على المسار الصحيح (Prochaska, 1999; Prochaska & DiClemente, 1982; Prochaska & Norcross, 2001). إن إخبار شخص ما بما يفعل ببساطة قد لا يكون مساعداً على المدى البعيد؛ لأن النصيحة السابقة لأوانها يمكن أن تتدخل في (تتصادم) العلاقة العلاجية، أو توحي بأن المُستمع غير كفؤ ولم يُراعِ القضية المطروحة، أو تُسبب التبعية. لذا، فالتدخلات النشطة والنصيحة يُمكن أن تكون فاعلة جداً، من ناحية ثانية، عندما يكون التدخل أو النصيحة ملائمين، وفي الوقت المناسب، وعندما يكون المريض متقبلاً لذلك، وعندما تكون كلتا الممارستين (التدخل والنصيحة) نشيطتين على حدّ سواء تقريباً في المقابلة (Friedlander et al., 1985; Ivey & Ivey, 2003; Santrock, 2006). وكما لخّص بوهارت (Bohart, 2001):

يعتبر المريض، وليس المعالج، المُحرك الذي يقود العلاج. فالمعالج يُقَدّم البُنية، والأدوات والجوّ المناسب للعمل ... إن المرضى المرتبطون بانفتاح والمُستعدون للمشاركة سيكونون أكثر احتمالاً لأن يتغيروا من المرضى الذين ليسوا كذلك. وعلى نقيض الأدوية، فإن التدخلات ليس لها سلطة على ذوات المرضى. وأي سلطة يملكها المرضى تجيء من استثمار المريض للطاقة، ومن الإبداع، وحب الاستطلاع، والرغبة بالتعلّم، والمشاركة الذكية. وإذا لم يَشغَل المريض الإجراءات –أسلوب أو طريقة العلاج– بشكل نشيط (بدلاً من الإذعان المُجرّد والقيام بالإجراءات)، فإن الإجراءات ستكون بلا حياة لجعل أي شيء يحدث. (P. 237)

كيف يُميّز الأطباء الإكلينيكيون ما هو ملائم وفي الوقت المناسب وما سيتقبله المريض؟ كيف يكسب الأطباء الإكلينيكيون المرضى ليصبحوا "المحرك" الذي يقود المعالجة؟ يعتمد هذا جزئياً، على مرحلة التغيير التي يمرّ بها المريض وأهداف المعالجة، ولكن يعتمد جزئياً أيضاً على طبيعة التحالف العلاجي، على الرغم من أن سرعة التقبل قد تتغير عبر الجلسات وضمن الجلسة الواحدة. ونتيجةً لذلك، فإن على الأطباء الإكلينيكيين –قبل التدخل– أن يُصغوا إلى مرضاهم. ويبحثوا عن الإشارات التي تدل على أنهم متقبلون لأبعد التدخلات (Ivey & Ivey, 2003). انظر إلى استجابة أنطونيا الرابعة (أنطونيا 4) وإلى الجدول (11.2) كأمثلة لإشارات التقبل هذه.

عندما يُشير المرضى بأنهم قد فُهموا وتقبلوا التدخلات لتلبية الأهداف، فإن بإمكان الأطباء الإكلينيكيين أن يبدؤوا بتخطيط الطرق لمساعدة المرضى على التغيير. وكما وُصف في الفصل التاسع، فإن الأطباء الإكلينيكيين يحتاجون إلى صورة واضحة عن المشكلة والعوامل التي أبقت عليها، بالإضافة إلى البحث والنظرية المتعلقان بكيفية معالجة المشكلة. ومع هذا، يجب أن تكون التدخلات مؤسسة (مبنية على أساس) على الفهم التعاطفي للشخص، على أن تكون مختلفة تماماً عن فهمهم الحالي لدافع التغيير (Frasen & Solovey, 2007) (انظر الشكل 12.1). ومثل تجربة جولدي لوكس مع (غلاظ الطبع الثلاثة – The Three Bears)، فإنه إعادة التعبير، والتفسيرات (التأويلات) والتدخلات الأخرى المماثلة جداً لوجهة نظر المريض الحالية تُعطي تبريراً غير كافٍ للتغيير، بينما تلك التدخلات المُخالفة جداً لوجهة نظر المريض الحالية ستكون مرفوضة كحالات إخفاق التعاطف. إضافةً لذلك، يجب أن تكون التدخلات الفعّالة أيضاً معقولة ومقبولة لكلٍ من المريض والطبيب الإكلينيكي. وأخيراً، يجب ألا تَدعَمَ التدخلات التفكير والأفعال سيئة التكيف (غير الملائمة)، بل يجب أن تُحفز التصورات الذاتية الحميدة أكثر والتغيير التكيفي (الملائم) (C.L. Park, Edmondson, & Mills, in Press; Slattery & Park, in Press a). انتبه إلى الكيفية التي يستجيب بها كل واحد من الأطباء الإكلينيكيين تجاه أنطونيا في الأنموذج الآتي، وإلى أي مدى تتلاءم

هذه الاستجابات مع هذا الأنموذج.

أنطونيا 5: مزاج جويل متقلب، ولا أعرف أبداً ماذا سأعمل في الخطوة التالية. أشعر أنني يائسة إلى حد ما بشأن أن تتحسن الأمور في أي وقت.

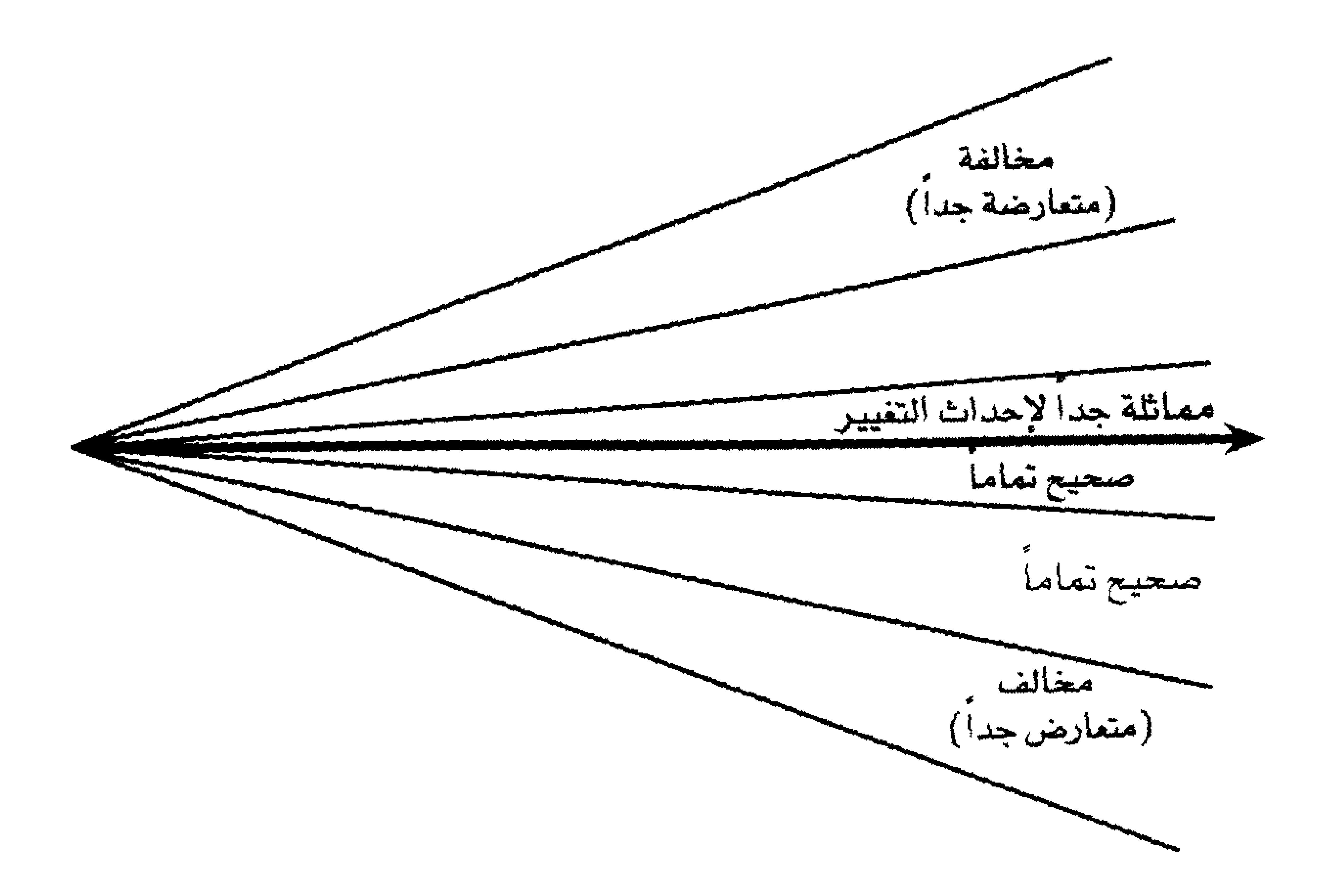
الطبيب الإكلينيكي (أ): من غير المحتمل إلى حدّ ما أنك ستخرجين من هذا في أي وقت. (إعادة صياغة ضعيفة تقبل فهم وتصور أنطونيا للمشكلة؛ تعاطف اختزالي)

الطبيب الإكلينيكي (ب): أوه، ستكون الأمور سهلة، فقط انتظري وسترين! (تغذية راجعة بلا أساس تَرفُضُ فهم وتصور أنطونيا للمشكلة؛ تعاطف اختزالي)

الطبيب الإكلينيكي (ج): أنت تشعرين أنك يائسة إلأى حد ما الآن [نعم...]، وتشعرين بالإرباك [آهه]، لكنني ألاحظ أيضاً أنك تقولين بأنك تشعرين أنك يائسة بدلاً من أن الوضع مُخيب للأمل. [نعم] أنا أتساءل فيما إذا كانت حالتك المزاجية ومصاعب النهوض من السرير هي إشارات لتناقضك العميق بشأن الأعمال الصعبة جداً. أنت لا تعرفين لحدّ الآن ماذا يمكنك أن تعملي للتعامل مع جويل بشكل أفضل. (عكس للمشاعر، تفسير ذو مستوى منخفض؛ تعاطف إضافي)

لقد قَدَم الطبيب الإكلينيكي (أ) إعادة صياغة ضعيفة أخفقت في إصابة تردد أنطونيا –ذلك أنها تشعر باليأس بدلاً من أن وضعها مخيب للأمل. أما استجابة الطبيب الإكلينيكي (ب) العفوية (غير المتكلفة-سلسلة البيان) فلربما تكون مستندة على مخاوف الطبيب الإكلينيكي الخاصة، أو قلقه، أو ملله، أو عدم ارتياحه، وهي غير دقيقة كذلك بأن أنطونيا من غير المحتمل أن تبدو مسموعة. لاحظ بأن استجابة الطبيب الإكلينيكي (ب) يُمكن أن تكون مُصاغة بسهولة مثل "نعم، ولكن ..." (مثل: "نعم، ولكن الأمور ستكون سهلة، فقط انتظري وسترين!").

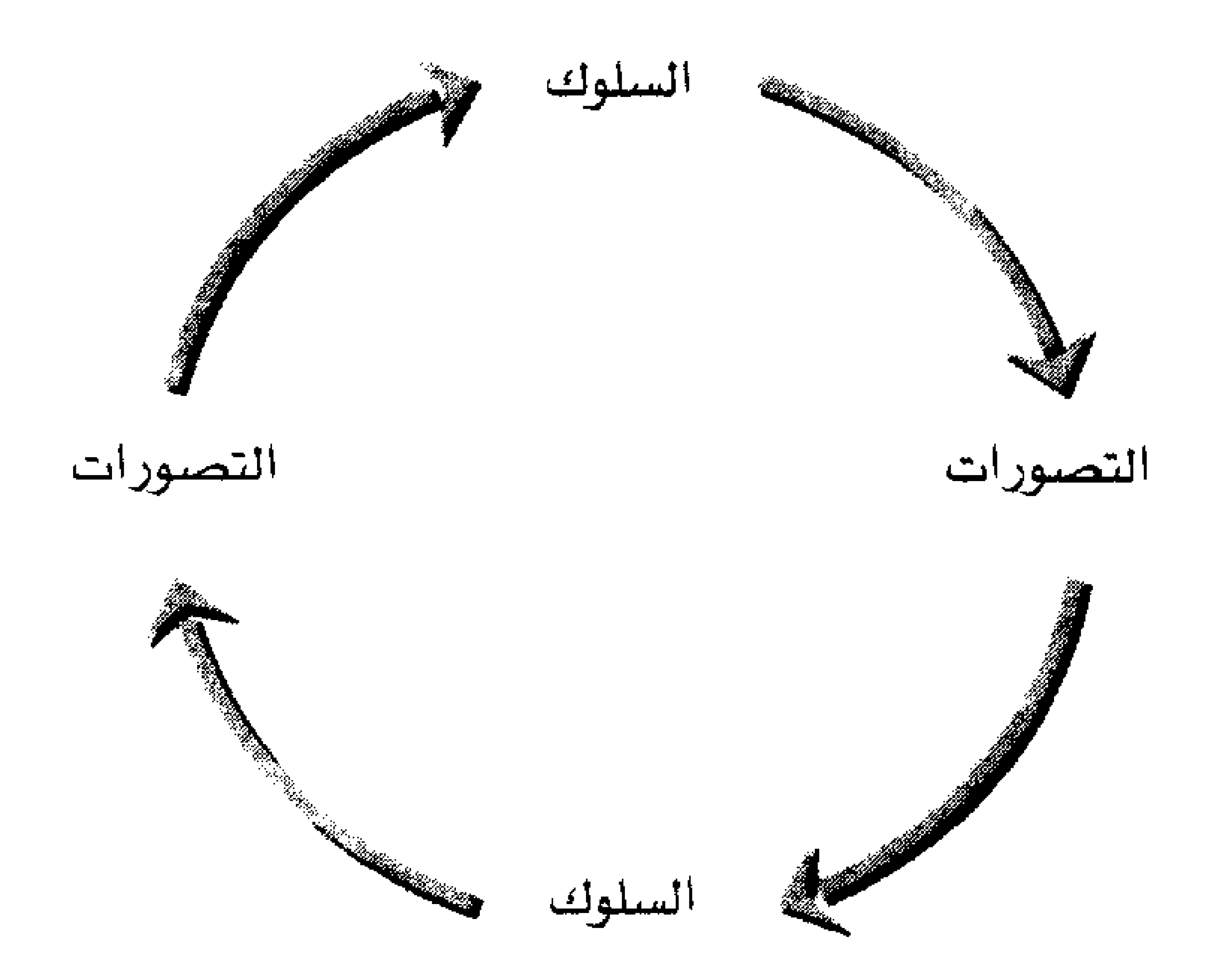
من جهة أخرى، يتعاطف الطبيب الإكلينيكي (ج) مع مشاعر يأس أنطونيا، بنيما يُلاحظ أيضاً ترددها. إن التعاطف الإضافي في هذا التدخل يُمكن أن يساعد أنطونيا على أن تشعر بأنه قد استُمِعَ لها و-ببعض التشجيع لاستكشاف تناقضها أكثر (مثل: "هلاّ أخبرتني أكثر عن هذا؟")- يُمكن أن يُطوّر حافزها للتغيير. أخيراً، صاغَ الطبيب الإكلينيكي (ج) المشكلة بأسلوب أكثر تفاؤلاً، بحيث يمكن أن تجد أنطونيا طرقاً "للتعامل مع جويل بشكل أفضل".



شكل (12.1) : نظرة جولدي لوكس للتفسيرات: يُمكن أن تكون التفسيرات إما قريبة جداً أو مخالفة جداً لوجهة نظر المريض (مرسوم بخط غامق)

التوقيت مهمٌ لفاعلية التدخل. وإذا جاء سابقاً لأوانه، فإن إعادة التعبير المعتدلة في جملة الطبيب الإكلينيكي (ج) الأخيرة ("أنا أتساءل ما إذا كانت حالتك المزاجية ومصاعب النهوض من السرير هي إشارات لتناقضك العميق بشأن الأعمال الصعبة جداً ...") سَتُرفض. على أية حال، متى ما حُجبت الجملة حتى بعد أن قبلت أنطونيا عكس المشاعر، فإن أنطونيا كانت قادرة على أن تسترخي قليلاً، وتوميء. وتبدأ بالأخذ بعين الاعتبار الطرق الأخرى لرؤية وإدراك هذه المشكلة.

وباستخدام منهج جولدي لوكس لتطوير التدخلات، فإن التدخلات يجب أن تكون مماثلة لوجهة نظر المريض العالمية، وأيضاً مختلفة بما فيه الكفاية لتقديم الشيء الذي يُحفز التغيير نحو أهداف المعالجة. ويُمكن أن يُقدّم هذا التدخل أسلوباً جديداً لرؤية الأمور (مثل: إن مماطلة (تأجيل) أنطونيا هي محاولتها لتخمين أمور لكي تتمكن من التعامل مع جويل بشكل أفضل). ويُمكن أن تكون منهجية مختلفة لمشكلة قديمة، مثل أخذ نَفَس قبل التحدث عن المشكلة مع الزوج. وكما يُرى في المثال الآتي، فإن تغيير تصورات المرضى عن أنفسهم والمشكلة يُغيّر سلوكهم. وتغيير سلوكهم يُغيّر أيضاً الطريقة التي يرون بها المشكلة (انظر الشكل 12.2).



شكل (12.2): الطبيعة المتبادلة للتغيرات في التصورات والسلوك: التغيُّر في تصورات المرضى يُغيّر سلوكهم، بينما التغير في سلوكهم يُغيّر تصورهم وفهمهم للمشكلة.

- عندما بدأت (كرين) بإدراك ابنتها كفتاة بارعة ومحبة للاستطلاع بدلاً من أنها ذات مشكلات اهتمام ورعاية، وبدلاً من أن تحاول التركيز على ابنتها، فقد بدأت بدعم حبها للاستطلاع. إن افتراضاتها الجديدة تُغيّر من سلوكها والذي بدوره يغير الطرق التي ترى بها نفسها وابنتها. بالإضافة إلى أن سلوك ابنتها يمكن أن يتغير استجابة لأسلوب الرعاية الوالديّ الجديد.
- بدأ (جب) بأخذ نَفَس قبل التحدث مع زوجته عن المشكلات ولاحظ أن مناقشاتهم بَدَت أفضل. وَهَذا غَيّر نظرته لعلاقتهما (لقد كان أكثر تفاؤلاً) ولزوجته (رآها على أنها أكثر عقلانية) ولنفسه (أحب نفسه أكثر عندما أصبحت ردود أفعاله تعاطفية وعقلانية ومدروسة أكثر). ومع هذه التغيرات في المنظور والنتائج، أصبح أكثر تفاؤلاً بشأن علاقتهما وعمل بجدّية أكثر ليسمع وجهة نظر زوجته.

يجب أن تُدعم التدخلات بالفهم التعاطفي الذي يُقدرُ ويدرك إمكانية الشخص وأفضل الدوافع، ولذلك تُصاغ التدخلات الفاعلة بأسلوب تأكيدي وبنّاء ومتفائل بدلاً من أن يكون أسلوباً غير ودّي وعدواني ورافض (May, 1967). إن تذكر استثناءات المشكلة ونقاط قوة المريض والنوايا الإيجابية يُمكن أن يجعل من ربط التعاطف والتدخلات أمراً أسهل. وقد عمل الطبيب الإكلينيكي (ج) ذلك بطريقتين عندما رد على أنطونيا: إذ صاغ أولاً "حالة أنطونيا المزاجية ومصاعب النهوض من السرير" على أنها "تناقض عميق"، والذي يمكن أن يكون فهماً ذاتياً لانسجام الأنا مع المحيط، الأمر الذي يُميّز المشكلة التي يستطيعون العمل عليها (أي الازدواجية). ثانياً، لاحظ الطبيب الإكلينيكي (ج) أن أنطونيا «لم تعرف لحد الآن ماذا يُمكن أن تعمل للتعامل مع جويل بشكل أفضل»، مما يشير ضمناً إلى أنها ستعمل في المستقبل. إضافةً لذلك، فإن استخدام أنطونيا لكلمة يجب «في (أنطونيا

3) قد أُعيد التعبير عنها بكلمة «تريدين» من قبل الطبيب الإكلينيكي (4)، وكأنه شيء أقرّت به ورغبته (Ivey & Ivey, 2003). لقد قبلت أنطونيا صياغة مشكلاتها في استجابتها اللاحقة "كيف أستطيع حلّ هذه الأمور عندما لا أعرف ما الذي أريده؟"

استراتيجيات لمساعدة المرضى على التغيير
Strategies to help Clients Change

يجب أن نتذكر بأنه إذا لم يكن بالإمكان أن يتغير الوضع، فلا حاجة للقلق بشأنه. أما إذا كان بالإمكان أن يتغير، وفوق ذلك لا حاجة للقلق بشأنه، فإننا يجب أن نستمر بتغيير ببساطة.
Dalai Lama

يُمكن أن تقود التغيرات في التصورات، كما وصف سابقاً، إلى تغيرات في السلوك، والعكس صحيح؛ لذا، فإن تقسيم التدخلات بين هذين الاتجاهين هو أمرٌ تعسفي. ومع هذا، فقد يكون من المفيد الانتباه إلى الكيفية التي تقود بها بعض أساليب التدخل إلى طرق مختلفة من التفكير، بينما تعالج أنماط أخرى السلوك بشكل مباشر أكثر، ولا تزال بعض الطرق الأخرى تركز بشكل خاص على الانفعالات. ويعتمد موقع التدخل الأفضل وكيفيته على طبيعة المشكلة بشكل جزئي (C.L. Park, Folkman, Bostman, 2001; Prochaska & Norcross, 2001)، لكن تفضيلات المرضى مستندة أيضاً على التوقعات الفردية أو الثقافية حول التغيير (Slattery, 2004).

استراتيجيات تغيير السلوك Strategies for Changing Behaviors

كما جاء في الفصل الثامن، يدخل كثير من المرضى المعالجة وهم لم يُميزوا المشكلة بعد ولم يلتزموا بالتغيير. في الواقع، يُخمّن بروتشاسكا ونوركروس (Prochaska & Norcross, 2001) أن –اعتماداً على عدد السكان، من (10-20%) فقط من المرضى يمرون بمرحلة الإجراء (مرحلة من مراحل التغيير)، وأن (30-40%) منهم يمرون بمرحلة التأمل، وما بين (50-60%) يمرون بمرحلة ما قبل التأمل. وبافتراض هذا، فإنهما يقترحان بأن الأوائل من أطباء المعالجة الإكلينيكيين يجب أن يُقيّموا مرحلة التغيير التي يَمرّ بها المرضى، وأن يكونوا حذرين بشأن افتراض أن كل المرضى مستعدون لاتخاذ إجراء على المشكلة الأساسية المُعرّفة (مثل: ترك شرب الكحول).

ويُمكن أن ينتقل الأطباء الإكلينيكيون إلى ما بعد طرق التفكير ثنائية التفرع المتعلقة بالتغيير (مثل: شرب الكحول أو عدم شربه) إلى التفكير بالتغيير على أنه عملية (طريقة أو إجراء)، بالعديد من الخطوات الأصغر في سبيل تحقيقه. ويُمكن للأطباء الإكلينيكيين أثناء تعاملهم مع المرضى الذين يمرون بمرحلة ما قبل التأمل أن يؤكدوا، ويقبلوا، ويُصدقوا خبرة المرضى، مُقدمين لهم المساعدة بشكل تدريجي لإدراك العواقب السلبية لسلوكهم (Goldfried, 2007). ويُمكن أن تكون قدرة الأطباء

الإكلينيكيين على الصبر والتقبل عندما يُخفق المرضى بالتحرك سريعاً مُساعدةً جداً، وبخاصة عندما يكون هذا الصبر متوازناً بواسطة التشجيع اللطيف. في الواقع، يُمكن أَنَ يتدخل إحساس الأطباء الإكلينيكيين بالإحباط مع المعالجة وقد يقود ذلك إلى تدهور المرضى (تراجع حالتهم).

ويُمكن أن يُشجَّع المرضى في مرحلة التأمل على استكشاف كُلَف ومنافع التغيير، بالإضافة إلى مواجهة حواجز التغيير (Prochaska & Norcross, 2001). وحتى عندما لا يكون المرضى مستعدين لاتخاذ إجراء على المشكلة الأساسية المُعرَّفة، فإنهم ربما يكونون مُستعدين لاتخاذ خطوات سلوكية أصغر تُعِدُّهم لتدخلات أكثر تحدياً، تتضمن تمييز الحالات والمواقف التي تهتم بشرب الكحول، ومراقبة مستويات الضغط والإجهاد، وتطوير نظام دعم ومساندة أكثر إيجابية، واستخدام استراتيجيات كفاح (تحمل وتغلب على المشكلات) إيجابية (G.K. Brown et al., 2006; Linehan, 1993). إن تمييز حواجز وعوائق المعالجة واتخاذ خطوات إيجابية صغيرة نحو الهدف بدلاً من أن تكون غير هامة قد يكون ضرورياً للمعالجة، وبالقيام بذلك يزيد أمل المرضى وتزيد احتمالية تغييرهم بشكل ملحوظ للمشكلة الأساسية المُعرّفة (Prochaska & Norchross, 2001).

تبدأ المعالجة الفاعلة بتهيئة ومعالجة القضايا الأكثر إلحاحاً أولاً. وعلى سبيل المثال، على الرغم من أنه قد يكون من المهم مساعدة الأشخاص الذين لديهم محاولات انتحار على تطوير آليات كفاح (تحمل وتغلب على المشكلات) أقوى، إلا أنه قد يكون من الأكثر أهمية العمل على استقرارهم وحفظ توازنهم أولاً من خلال استخدام المساندة الخارجية، مثل خدمات الطوارئ، ومن ثم مساعدتهم لاحقاً على تطوير المساندة الطبيعية ومهارات الكفاح (التحمل) لتستخدم خلال الأزمة (G.K. Brown et al., 2006). ويُمكن أن تبرز هذه الحواجز على كل المستويات: حواجز بيئية، وتوقعات دور العائلة والثقافة، والقضايا النفسية المنبثقة من الضغوط الحالية ومن تاريخ الإساءة السابق (Grigsby & Hartman, 1997). ويقترح جريجسي وهارتمان بأن الأطباء الإكلينيكيين يتدخلون أولاً بالمستوى الأكثر خارجية لهذه الطبقات (المستوى البيئي)، بينما يُمكن أن تُشعِرَ التدخلات الأكثر داخلية باللوم، خاصة عندما تُقدَّم قبل الأوان.

وكما وُصِف سابقاً، فعندما يُركز الأطباء الإكلينيكيين على الحل (Solution-focused) ويستخدمون منهجيات وتدخلات أساسها نقاط القوة، فإنهم يستطيعون مساعدة المرضى على التوصل إلى نقاط القوة والمهارات التي يجب أن يستجيبوا من خلالها للمشكلات التي يواجهونها (Berg, 1994; O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989). ويستطيع الأطباء الإكلينيكيون أن يُميزوا المقصد (النية) الإيجابي الكامن وراء السلوك المُشكل (مثل: أن "الإلحاح" يعكس "اهتمام" المريض باحتياجات الشخص الآخر). ويُمكنهم أيضاً أن يُدركوا نقاط قوة المريض وموارده

في المجالات الأخرى التي يُمكن أن تُحول بسهولة إلى مجال المشكلة. ويُمكنهم كذلك أن يُصغوا لاستثناءات المشكلة والأوقات التي يتعامل بها مرضاهم مع المشكلة بنجاح. ويمكن أن يلاحظوا دليل التغيير عبر الجلسات، حتى تلك التغيرات التي قد تبدو غير هامة من نواحٍ أخرى.

أنطونيا 6: إن مزاج جويل يستمر بالتقلب. اليوم ابتعدت عنه تماماً عندما غَضِب.

الطبيب الإكلينيكي 5: إممم، ذلك مثير. [هه؟] منذ شهر مضى، عندما غَضب، أنت غضبت بوجهه. ما الذي تفعلينه بشكل مختلف؟

أنطونيا 7: لم أفكر بالمضوع بتلك الطريقة، لكنك محق. إنه عمل مختلف. [توقف مؤقت] أنا أتأمل –كما تحدثنا عن ذلك– ولذلك عندما غَضب جويل كنت هادئة ولم آخذ ما قاله بشكل شخصي. عرفت بأنه كان لا بد أن أغادر الغرفة، ومع ذلك، حتى الآن ما زلت أشعر بأنني لست قوية كفاية للتعامل مع غضبه.

بإدراك هذا التغيير والتعليق عليه، كانت أنطونيا قادرة على تمييز المهارات ونقاط القوة التي عملت على تطويرها. لقد تمكَّن طبيبها الإكلينيكي من أن يُعرِّف هذه التغييرات لها. على أية حال، لأن الهدف العام للمعالجة هو تشجيع المرضى ليكونوا قادرين على الاستمرار بعملية التغيير التي تلي الإنهاء من المعالجة، فإنه من المُساعد جداً، حيث أمكن، أن يتحمل المرضى مسؤولية توجيه وتنظيم المعالجة، وأن يميزوا التغيرات الخاصة بهم (Curtis, 2002; Epston & White, 1995; Goldfried, 2002; L. S. Greenberg, 2002; Wachtel, 2002). إضافةً لذلك، لاحظ كيف أثرت ممارسة أنطونيا للتأمل على طبيعة تفاعلاتها مع جويل والذي دفعها لإدراك نفسها بشكل مختلف.

مجالات خاصة للمعالجة Specific Areas to Attend to

في معظم الحالات، ثمة جزء هام من المعالجة يتضمن مساعدة المرضى على تطوير مهارات الكفاح (التحمل والتغلب على المشكلات) وحلّ المشكلة. وعبر الوقت، يجب أن يبدأ المرضى بإدراك الطرق التي يكون بها الكفاح السلبي غير فاعل ويُحدِثُ مشكلات على حدٍ سواء (Aldwin, 2007). ويجب أن يتحرّى المرضى الطرق التي تكون بها استراتيجيات كفاحهم (مثل: المعالجة الذاتية، وإيذاء الذات، والانشغال بتخفيض شأن المشكلة أو الإنكار أو التبرير) أقل تكيفاً، ويبدؤون باستبدالها بآليات كفاح أكثر تكيفاً. ويستطيع المرضى أيضاً أن يتحروا مهارات كفاح أكثر تكيفاً، تتضمن حل المشكلات الموجهة (التي يُمكن ضبطها ومراقبتها) باستخدام إجراءٍ مُخطط، ومحاولة فهم وتقبل المشكلات التي تقع خارج السيطرة. ويُمكن أن يُطوّر المرضى ذوو الشبكات الاجتماعية الضعيفة شبكات أقوى

مما يُمكنهم من الحصول على التعاطف، والنصيحة والدعم الملموس، ومن العمل خلال المشاعر الصعبة أو المُربِكَة (Aldwin, 2007).

وعلى سبيل المثال، يُعد الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب أقل احتمالاً للانشغال بالممارسات الأساسية المعززة للصحة (Gonzalez et al., 2009; G. C. Jones, Rovner, Crews, & Danielson, 2009)؛ ولذلك، فإن الانتباه لممارسات الرعاية الصحية الأساسية يُمكن أن يكون مظهراً هاماً للمعالجة. وقد يتضمن إيجاد أسلوب حياة أكثر صحة: الأكل على نحو جيد، والحصول على الراحة الكافية، وممارسة التمارين بشكل منتظم، والمحافظة على وزن صحي، وعدم شرب الكحول على الإطلاق، وتعلم كيفية الاسترخاء، ومتابعة الهوايات والأنشطة الترفيهية، وأخذ الإجازات. علاوةً على ذلك، فإن الممارسة الروحية المنتظمة يُمكن أن تكون جزءاً هاماً لبناء جسد وعقلٍ صحيين والمحافظة عليهما.

إضافةً لذلك، فإن الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب غالباً ما يمتلكون نقصاً مزمناً وحاداً في مستوى المهارة الاجتماعية (petty, sachs-ericsson, & jonior, 2004). أما الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب ولديهم تاريخ من اضطراب الهلع فهم أكثر احتمالاً للانتكاس (المعاودة) عندما يكونون منخفضي الحزم والإصرار (Ball, Otto, Pollack, & Rosenbaum, 1994). والأشخاص الذين يعيشون مع أفراد عائلة ناقدين ولوّامين ومصدرين للأحكام هم أكثر عرضة لخطر الانتكاس (Hinrichsen & Pollack, 1997; Hooley & Hiller, 2000; Hooley & Teasdale, 1989; O'Farrel et al., 1998). إن معالجة هذه الأمور ونقائص المهارات الأخرى لدى كل من المرضى وأفراد عائلاتهم يُمكن أن يكون مظهراًهاماً للمعالجة. ويُمكن أن يُخفض من خطر الانتكاس بعد الإنهاء من المعالجة.

استراتيجيات تغيير المعتقدات Strategies for Changing Beliefs

> **الاكتئاب هو عدم القدرة على بناء المستقبل.**
> **Rollo May**

تؤثر معتقدات الشخص وقيمه وأهدافه –كما وصف في الفصل الثالث– على مدى واسع من السلوكات طوال اليوم: لذا فإن التدخل عند مستوى النظرة العالمية يُمكن أن يكون له نتائج هامة واسعة النطاق على امتداد حياة الشخص. وعندما تكون الأفكار والتصورات واقعية ونافعة، فإن ردود الأفعال الانفعالية والسلوكيات ستكون أكثر تكيفاً، بينما عندما تكون الأفكار والتصورات سيئة التكيف، فإن ردود الأفعال الانفعالية والسلوكيات ستكون أكثر اضطراباً وظيفياً (Pretzer & Walsh, 2000).

تحدي المعتقدات وتطوير معانٍ جديدة

Challenging Beliefs and Developing New Meanings

يواجه معظم الناس قضايا صعبة جداً –مثل رفض الوالدين، وفقدان العمل، والمرض المزمن، والطلاق، والإساءة، والموت. وفي أغلب الأحيان يُناقشون المعاني التي يستخلصونها استجابةً لهذه الأحداث على أنها حقائق بديهية بدلاً من أنها استجابات وردود محتملة ضمن العديد من الاستجابات الأخرى (Gray et al., 2007). وبالرغم من أن تفسيراتهم تبدو موضوعة لحمايتهم، إلا أنهم غالباً ما يقومون بذلك بكلفة غير مقبولة: ربط المعاني الجديدة بأحداث يُمكن أن تكون مُعممة أكثر من اللازم ومتطرفة (صارمة) جداً. أما الاستراتيجيات الصحية لإيجاد معانٍ تكيفية فإنها تحتل موقعاً متوسطاً، مُشيرة لطبيعة الحماية الذاتية للمعنى، وجاعلةً إياه أكثر اعتدالاً وتكيفاً (مثل: الإدراك بأن شخصاً ما في خطر، ولكن أيضاً تمييز كيف يُمكن أن يبقى أكثر أماناً).

على سبيل المثال، تَعرَّض درو (Drew) للاعتداء مؤخراً وقد تمت الإساءة له. ويشعر درو جرّاء ذلك أنه مذعور ومهدد جداً، ويرى العالم متقلباً وخارج السيطرة، ويتوقع أن يتعرض للأذى. ولتحدي معتقدات درو وافتراضاته المُشكلة فهنالك العديد من الأنواع المختلفة من التدخلات التي يُمكن أن تفيد بذلك.

درو (1): لا أشعر أبداً بالأمان. لا أستطيع الذهاب لأي مكان أو عمل أي شيء دون أن أتلفت خلفي وأتساءل عن الذي يريد أن يؤذيني بعد ذلك.

الطبيب الإكلينيكي (أ): تشعر وكأنك لست آمناً أبداً: ذلك أن شخصاً ما يريد أن يؤذيك. [نعم.] "أبداً". [توقف مؤقت] تبدو تلك الكلمة صارمة وشديدة جداً لي، ألا تبدو كذلك بالنسبة لك أيضاً؟ [توقف مؤقت] هل هنالك أوقات تشعر فيها بأنك أكثر أماناً أو أقل؟ (عكس للمشاعر، كشف ذات، أسئلة مغلقة)

الطبيب الإكلينيكي (ب): يبدو أنك تشعر بالازدراء والعجز منذ أن تعرضت للاعتداء؛ لأنك خائف من أن شخصاً ما سيؤذيك مرةً أخرى. [نعم.] إن ذلك يستدعي الكثير من الشجاعة لتستمر بالمحاولة حتى عندما تكون خائفاً لكي تأتي إلى هنا كل أسبوع. (عكس للمشاعر، إعادة تعبير)

الطبيب الإكلينيكي (ج): أنت تشعر بعدم الأمان [آهه]، وقد تكون مجنوناً قليلاً أيضاً. [نعم.] يشعر معظم الناس بتلك الطريقة في الأسابيع التي تتلو التعرض لاعتداء –إنهم يشعرون وكأنهم يتلفتون خلفهم دائماً. ذلك ليس جنوناً؛ إنه طريقة للشعور بالأمان مرةً أخرى. (عكس للمشاعر، تطبيع، إعادة تعبير)

الطبيب الإكلينيكي (د): أنت تشعر بعدم الأمان. [نعم.] خذ دقيقة وأغلق عينيك، وتنفس ببطء أكثر، مثلما نُمارس. [توقف طويل] حسناً، كيف تشعر الآن؟ [هادئ. مسيطر أكثر] آه! لقد شعرت بعدم الأمان والخروج عن السيطرة [آهه]. لكنك ما زال لديك طرق لإدراك ومعرفة الأمان والسيطرة. (عكس للمشاعر، توجيه، سؤال مفتوح، تغذية راجعة)

لقد بدأ درو بتعبيره الصارم والمتطرف، والذي لم يكن من المحتمل أن يتسق مع التجربة الحقيقية (بمعنى أنه غير آمنٍ أبداً). وقد استجاب كل واحد من الأطباء الإكلينيكيين لتعبير درو بعكس المشاعر، لكن بمهاجمة افتراضه بعد ذلك بطريقة مختلفة. فالطبيب الإكلينيكي (أ) واجه تفكيره المتطرف الذي أشير له في أغلب الأحيان بلغة مثل "دائماً" و"أبداً: و"مطلقاً" و"شديد-فظيع" و"مُروّع-مفرط"، واقترح لغة وتفكيراً أكثر اعتدالاً وواقعية. فليس من الواقعي الاقتراح بأن درو سيكون آمناً دائماً وخاصة منذ أن تعرّض للاعتداء والإساءة، لكن الواقعي هو الاعتقاد بأنه ستمر أوقات يشعر فيها بأنه أكثر أماناً. إذا كان درو غير قادر على تمييز أوقات أكثر أماناً –على افتراض أن التحالف العلاجي قوي، فإن طبيبه الإكلينيكي يُمكن أن يُعيد المناقشة إلى هنا والآن (مثل: "كيف تشعر الآن؟").

أما الطبيب الإكلينيكي (ب) فقد واجه افتراض درو الكامن بالضعف الشخصي من خلال عرض إعادة تعبير للسلوك المُشكل (أي: "إنه يستدعي كثيراً من الشجاعة ..."). وافترض درو بأن خوفه وقلقه كانا مهيمنيين؛ إذ إن طبيبه الإكلينيكي قد لَمَّح بأنهما كانا جزءاً من خبرته. لكنه كان أيضاً شجاعاً. وربما لمّح الطبيب الإكلينيكي (ب) أكثر بأنه لمن المُجازفة والتهور ألا يكون خائفاً. يُمكن أن تكون إعادة التعبير عبارة عن تدخلاتٍ قوية، لكن يجب ألا تستخدم لنبذ مشاعر المريض عبر أسلوب "نعم، ولكن ...". ويجب أن تبدأ بتصديق مشاعر المريض، على أن تكون إعادة التعبير مُقدمةً فقط بعد أن يشعر الزبون بأنه قد فُهم.

أما الطبيب الإكلينيكي (ج) فقد عمل على تطبيع (جعلها طبيعية) ردود أفعال درو كجزء من عملية مشتركة عانى منها ضحايا الاعتداء، ثم استخدم إعادة التعبير؛ حيث اقترح بأن هذه الاستجابة العامة هي أيضاً صحية (أي: "إنها طريقة للشعور بالأمان مرة أخرى"). في حين أن الطبيب الإكلينيكي (د) اقترح –مثل الطبيب الإكلينيكي (ب)- بأنه لمن المُجازفة والتهور ألا يكون خائفاً بعد أن اعتُدي عليه وأُسيء له. ومثل الطبيب الإكلينيكي (أ)، فإن الطبيب الإكلينيكي (ج) يُمكن أن يسأل ما إذا كان درو يلتفت خلفه دائماً أو ما إذا كان هنالك أوقاتٌ يشعر فيها بأنه آمن. إن تقنيات التطبيع

وإعطاء المعلومات يُمكن أن تكون طرقاً قوية لمهاجمة تصورات المريض عن ذاته بالجنون: "هذا ردّ فعل عادي. ورغم هذا دعنا نجد طريقة صحية أكثر للاستجابة لهذا".

قام الطبيب الإكلينيكي (د) بعمل شيء مختلف نوعاً ما عما قام به الأطباء الإكلينيكيون الآخرون؛ إذ استخدم التوجيه (أي: "خذ دقيقة وأغلق عينيك وتنفس ببطء أكثر..."). وبدلاً من مجرد التفكير بالوقت الذي يشعر فيه درو بالأمان أو بعدمه، فإن درو قد استكشف تجربته بهنا والآن من خلال تجريب أمور لاستعادة إحساسه بالأمان والسيطرة. واستطاع الطبيب الإكلينيكي (د) أن يستكمل هذا الاستكشاف من خلال أن يُطبق درو تمرين التنفس في أماكن أخرى ويلاحظ كيف شعر بعد ذلك. واستطاع أيضاً أن يُشجع درو على تفسير سلوكه من جوانب أخرى لتمييز السلوكات الأخرى التي تتحدى معتقده المتعلق بأنه كان غير آمن وخارج السيطرة. لاحظ كيف أن هذا التدخل جلب أيضاً تجربة درو إلى هنا والآن وقدّم نوعاً جديداً وتصحيحياً من الخبرة.

المعالجة فرصة لخفض حجم التناقضات بين أحداث الحياة والنظرة العالمية، وتطوير مسارٍ حياتي إيجابي ومتماسك، وفهم الحياة والخبرة بأسلوب متفائل ونافع (Neimeyer & Stewart, 2000; Slattery & Park in Press a). لاحظ كيف ساعد كلُّ طبيبٍ إكلينيكي درو بعمل هذا. في بعض الحالات، من الممكن أيضاً أن يكون من التكيفي إعادة تعديل الأهداف؛ فعلى سبيل المثال، قد يحتاج المرضى إلى قبول أهداف ممارسة وصحة واقعية أكثر عندما يشيخون (Cheng, 2009).

إن البحث عن معانٍ جديدة وأكثر تكيفاً هو أمر هام بشكل خاص عندما لا يكون بالإمكان معالجة المشكلة، وذلك مثل ما بعد المرض، أو الفقدان، أو الصدمة (Mattlin, Wethington, & Kessler, 1990). ويُعد الطلب من المرضى بأن يعيدوا التعبير عن خبرتهم (تجربتهم) ويميّزوا بعض النتيجة الإيجابية أو المعنى الأمرَ الذي يجب أن يتم عمله، مهما يكن، بعد أن يشعر المرضى بأنهم مسموعون ومفهومون بعمق (Ivey & Ivey, 2003). وإذا تمت إعادة التعبير في وقت سابق لأوانه، فإن معظم الأشخاص يشعرون بأن مشاعرهم قد نُبِذت أو رُفضت.

الطبيب الإكلينيكي (1): يبدو وكأنك شعرت بأنك سوف لن تكون آمناً أبداً، ذلك أن شخصاً ما يريد أن يؤذيك. [نعم.] لقد تضررت أنت وعالمك بشكل لا يُمكن استعادته. (عكس للمشاعر، عكس للمعنى)

درو (2): [توقف مؤقت] نعم. أشعر في أغلب الأحيان بأني محطم.

الطبيب الإكلينيكي (2): أنت تشعر في أغلب الأحيان بأنك مُحطم. [نعم.] لا أحد يتمنى أبداً بأن يحدث شيء فظيع جداً لك أو لأي شخص آخر، لكن بعض الأشخاص يجدون

الأشياء الجيدة تأتي من السيئة. أنا أشك فيم كانت تجربتك. ما هي الأمور الإيجابية، حتى لو كانت بسيطة، التي ترى أنها تنبثق من تجربتك هذه؟ (عكس للمشاعر، إعطاء معلومات، كشف ذاتي، سؤال مفتوح لبدء البحث عن إعادة تعبير يُبدؤها المريض).

درو (3): عادةً أفكر بالأمور السيئة، [توقف مؤقت] لكنك مُحق. الآن أنا أعرف من هو صديقي الحقيقي. [توقف مؤقت] أنا أعرف أنه إذا تمكنت من أن أتخطى هذا فإنني سأتمكن من أن أتخطى أي شيء. [توف مؤقت] لقد دُمِرت حياتي، لكنني أيضاً بدأت أفكر بما هو مهم حقاً بطرق لم أعمل بها من قبل ...

إن مساعدة المرضى على إيجاد المعنى وإيجاد تصور أكثر استقراراً واتزاناً بعد الموقف المؤلم أو السلبي يُمكن أن يكون عملاً متعمقاً جداً، لكن يحتاج الأطباء الإكلينيكيون إلى أن يكونوا حذرين أكثر وأكثر لئلا يُلغوا أو ينكروا خبرة المريض ومعاناته. ومن خلال عرض فرص المرضى للبدء بالتفكير بالمخرجات الإيجابية الممكنة بالإضافة إلى تلك الأكثر سلبية التي ركزوا عليها (مثل: كفاح، تحمل أقوى، وعلاقات أفضل، وروحانية أعمق)، فإنهم يستطيعون البدء بالتحرك خارج مدارات السلبية. وتعد هذه الإستراتيجية هي الأكثر نفعاً وفائدة بالنسبة للأحداث والظروف التي حدثت في الماضي ولتلك التي لا تقبل التغيير أو السيطرة. ومن المهم أن تكون بهذا التدخل حساساً لقضايا التوقيت. إضافةً إلى أنه يجب أن يكون تركيز الطبيب الإكلينيكي على هذا التناقض (مثل: كُل من الضياع (الخسارة) والتطور المحتمل والمنافع) مُتقدماً بالحد الأدنى فقط (يسبق) وعي المريض واستعداداه الخاص لمعرفة النواحي الإيجابية التي تنتج من الخسارة أو الصدمة.

تطوير وجهات نظر أكثر تكيفاً عن أنفسهم ومستقبلهم

Developing More Adaptive Views of Themselves and Their Future

إن الهدف النهائي للمعالجة هو ترك المرضى مع إحساس بالنفس أكثر لطفاً وتفاؤلاً. وبدلاً من قبول كل الاعتماد (المُعطيات) المتعلق بالتغييرات التي وُضعت خلال المعالجة، فإنهم يُشجعون المرضى على إدراك أن عملهم تشاركي بطبيعته، وعلى تطوير إحساس أقوى بالكفاءة الذاتية، وامتلاك التغيرات التي يُحدثونها في المعالجة (Curtis, 2002; Epston & White, 1995; Goldfried, 2002; L.S. Greenberg, 2002; Wachtel, 2002).

هنالك العديد من الطرق المختلفة التي يُمكن أن يساعد بها الأطباء الإكلينيكيون المرضى

على إعادة تصور أنفسهم وحياتهم. في الواقع، يجب عليهم البحث عن فُرصٍ لعمل ذلك في جميع الاتجاهات خلال عملهم الإكلينيكي وبينما يعملون على الأنواع الأخرى من أهداف المعالجة. في المثال الآتي نَظرَ أربعة من الأطباء الإكلينيكيين إلى نفس الهدف بطرقٍ مختلفة.

الطبيب الإكلينيكي (أ): لقد كان هذا عملاً صعباً اليوم، لكنك نظرت له بانفتاح وشجاعة (تغذية راجعة)

الطبيب الإكلينيكي (ب): ذلك سؤال جيد. كيف ترى نفسك تعمل في هذا الاتجاه؟ (تغذية راجعة، سؤال مفتوح)

الطبيب الإكلينيكي (ج): لقد ركزت على الطرق التي "حطمتك"، لكنني أسمعك أيضاً تصف الطرق التي تستغل غضبك بطرق صحية وتكيفية. (إعادة صياغة، تغذية راجعة)

الطبيب الإكلينيكي (د): أنا أتساءل عما كان أكثر أهمية بالنسبة لك اليوم. ماذا ترغب بأن تحمل من جلسة اليوم وتستخدم طوال الأسبوع القادم؟ (كشف للذات، سؤال مفتوح)

عند تمييز نقاط القوة وإعطاء تغذية راجعة إيجابية، فإن على الأطباء الإكلينيكيين أن يكونوا مُؤكدين ودقيقين. ويجب أن يكونوا أصيلين (صادقين)، وأن يلاحظوا المقصد (النية) الصحي والطبيعة التكيفية لسلوك المرضى –بدلاً من إخفاء المشكلات. ويجب ألا يرفضوا أو ينكروا المشكلات أو يقوموا بدور المُفرطين في التفاؤل، بل عليهم أن يدركوا ويميزوا ويوسعوا النجاحات والتوقعات لتقديم المشكلة (Berg,1994; de Shazer, 1998; O'Hanlon & Weiner-Davis, 1089).

وطوال المعالجة يجب على الأطباء الإكلينيكيين أن يُصغوا للأوصاف التي يقدمها مرضاهم عن الأشخاص الذين كانوا مُساندين لهم سواءً في الماضي أو في الوقت الحاضر (مثل: الوالدين، أو الأجداد، أو المعلم المفضل، أو الجار، أو الأحباب). وهذه الأنظمة الداعمة يُمكن الوصول لها عملياً (جسدياً) إن كانوا ما زالوا على قيد الحياة ومُتاحين، ولكن يُمكن الوصول لها أيضاً عبر الذكريات أو الصور الذهنية (التمثيلات) الإيجابية (مثل: "عندما تكون درجة ألمك هي 6 أو 7 على مقياس من (1-10)، فإنني أريد منك أن تتخيل يد جدتك الدافئة على كتفك وأن تُصغيَ لأي من كلمات الحكمة التي قد تقدمها لك"). ويُمكن أن يُحسّن الأطباء الإكلينيكيون هذه المُساندةً الطبيعية بالقصص حول الشخصيات التاريخية أو المعاصرة التي تُهِمُ المريض بشكل خاص، بما فيها الشخصيات الرياضية أو الدينية أو الثقافية (Slattery, 2004).

خفض كثرة التأمل والتفكير (الاجترار) والتجنب

Reducing Rumination and Avoidance

في أغلب الأحيان بعد الفقد أو الصدمة يتأمل (يفكر) الناس بقلق شديد؛ إنهم يواجهون أيضاً انفعالات أكثر سلبية وأقل إيجابية. وعندما يستغرقون في التفكير والتأمل (يجترون) فإنهم يمتلكون مستويات أقل من الصحة النفسية، ويُبلغون عن رضىً قليل بالحياة، وهم أكثر احتمالاً للتبليغ عن مشاعر الغضب والقلق والاكتئاب (Brinol, Pretty, & Wheeler, 2006; Hardin,Weigold, Robitschek, & Nixon, 2007; Wade, Vogel, Liao, & Goldman, 2008). ربما يكون الميل للاستغراق بالتأمل والتفكير (الاجترار) إما حالة مؤقتة أو أسلوباً للاقتراب من العالم –ينزع بعض الأشخاص إلى الاجترار بشأن مجموعة واسعة من المواقف- لكن ذلك (الاجترار) مرتبط بالكمالية (البحث عن الكمال أو الإتقان) وصعوبة التسامح (Wade et al., 2008).

ربما يكون الاجترار (الاستغراق بالتأمل والتفكير) (Ruminations) والأفكار التدخلية (الدخيلة) (Intrusive thoughts) محاولات لخفض التناقضات المُدركة، على سبيل المثال، بين سلوك الفرد الفعلي والقيم (Brinol et al., 2006; Dalgleish & Power, 2004; Gray et al.,2007). ويمكن أن يكون الاجترار تكيفياً (ملائماً) عندما يُساعد الأشخاص على حلّ التناقض، لكنه غير تكيفي عندما لا يُقدم شيئاً للمساعدة على حلّ المشكلة

(Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008). في الواقع، يتدخل (يتصادم) الاجترار المثالي مع حل المشكلة.

يُمكن أن يتم إيقاف المدارات (الأفلاك) السلبية للاجترار، وللأفكار التدخلية، وللتجنب بواحدة من عدة طرق. فالانشغال (صرف الانتباه-Distraction) يُمكن أن يكون نافعاً على المدى القصير، إذ يقود إلى قدر أكبر من التأثير الإيجابي الذي يُمكن أن يساعد الأشخاص على الهدوء، وفي النهاية على حلّ المشكلة (Nolen-Hoeksema et al., 2008). وعندما يقود الانشغال إلى تجنب طويل المدى، من ناحية ثانية، فإن المخرجات تكون أكثر سلبية. وبشكل غير متوقع، ما يُمكن أن تكون اليقظة (الوعي والتنبه-Mindfulness) نافعة أيضاً للأشخاص الذين يجتّرون بقلق شديد. وبواسطة عمل اليقظة، فإن المرضى يُشجعون على ملاحظة أفكارهم ومشاعرهم وإحساساتهم دون الحُكم عليها أو دون أن تصبح مُلتصقة بهم. أن تصبح يقظاً أكثر أمرٌ يُمكن أن يزيد الأمل وكفاءة الذات عندما يتوقف المرضى عن تجنب الانفعالات المؤلمة، ويتعلموا بأن بإمكانهم السيطرة على أفكارهم. ويُمكن كذلك أن تُساعد عملية إعادة البناء المعرفي (Cognitive restructuring) المرضى على تحدي صحة أفكارهم سيئة التكيف بدلاً من قبولها على أنها مضبوطة وصحيحة. أخيراً،

وكما وُصِف أعلاه، فإن الاجترار غالباً ما يتدخل (يتصادم) مع حل المشكلة، في حين أن مساعدة المرضى على أن يحلوا المشكلة ويتخذوا الإجراء المناسب يُمكن في بعض الأوقات أن يخفض الاجترار (Nolen-Hoeksema et al., 2008).

غذاء للفكر Food for Thought

خذ بعين الاعتبار تناول الآنسة شنيدر للكحول. بأي الطرق تُبقي معتقداتها حول ذاتها، وحول علاقاتها مع الآخرين، والكحول على تناولها للكحول وتمنعها من التغيير؟ إذا مَيّزَ كُلٌّ من الآنسة شنيدر وطبيبها تناولها للكحول على أنه مشكلة وكانت شنيدر مُستعدة للبدء بالعمل عليها، فكيف يُمكنك أن تواجه المعتقدات التي تعمل كحواجز وعوائق في وجه التغيير؟ ماذا لو أن شنيدر أنها لا تُدرك تناولها للكحول على أنه مشكلة؟

*****

عُد إلى قصة الدكتور كورسيني التي تتحدث عن تأثير التغذية الراجعة التي قدمها بعد اختبار الذكاء (الفصل السادس). كيف تفهم تلك القصة التي منحت الأفكار المُثارة في ذلك الفصل؟

الحظ السيء تَبِعنا من مكان لمكان
Bad Luck Followed Us From Place to Place

جون بول دو John Bul Dau

ولد جون دو عام (1974)، وعاش في جنوب السودان في وسط الحرب الأهلية هناك وأُجبر على الفرار من قريته عام (1987)، وسار على الأقدام مع آلاف من الأولاد المفقودين إلى أثيوبيا. وعندما أجبر على مغادرة أثيوبيا، سَارَ إلى مخيم تللاجئين في كاكوما في كينيا. عاش هناك لعشرة سنوات قبل أن يُنقل إلى سيراكوس في نيويورك في شهر آب عام (2001). وفي سيراكوس اتصل بوكالات الإغاثة النشطة في شرق إفريقيا باحثاً عن أفراد عائلته الذين كانوا لا يزالون في السودان وأوغندا، وعَمل من عملين إلى ثلاثة حتى يوفر النقود من أجل أن يرسلها لعائلته، وادّخر نقوداً كافية ليُحضرَ أمه وأخته إلى الولايات المتحدة. أسس جون الرعاية الأمريكية لمؤسسة السودان (American Care for Sudan Foundation)، والتي تجمع الأموال لصالح عيادة (دوك) للأولاد المفقودين في السودان.

إن قصة السيد دو واحدة من قصص الأمل والذنب والبقاء. ومن غير المحتمل أن يشعر دو أنه مفهوم دون فهم كل جزء من أجزاء قصته.

لقد شهدت نصيبي من الموت واليأس. رأيت الضباع تأتي عند الفجر لتتغذى على حثث أصدقائي. كنت أتضور جوعاً وعطشاً في السهول المُغبَرّة في إفريقيا حيث استهلكت اشياء أفضل نسيانها. وعبرت نهراً يعج بالتماسيح بينما كان يُقصف وتُطلق النار عليه. ومشيت حتى اعتقدت أنه لن يمكنني المشي أكثر. وتساءلت، عدة مرات لا يُمكنني حسابها، هل سنرى أنا وأصدقائي يوماً جديداً. (Dau & Sweeney, 2007, p.7).

وأكمل:

بعض الأولاد المفقودين الذين أعرفهم في ولاية نيويورك لاموا أنفسهم بسبب الهجوم الإرهابي عام (2001)، كما لو أن الحظ السيء تَبعنا من مكان لمكان. وفكروا بأنهم عاشوا بهدوء في قُرَاهم في جنوب السودان حتى تمت مهاجمة بيوتهم. ففروا إلى اثيوبيا وعاشوا بسلام حتى تمت مهاجمتهم هناك. والآن جابوا نصف العالم ليجدوا حياة أفضل من تلك التي تركوها خلفهم حتى تمت مهاجمة بيتهم الجديد مرة آخرى. لقد ظنوا أن سوء الحظ في (دنكا) لعن أمريكا لذهابهم إليها (Dau & Sweeney, 2007, p.200).

ساعدت معتقدات دو الثقافية والدينية على قول ذلك. فلقد أدرك أن الأمور السيئة يمكن أن تحدث حتى للناس الطيبين.

(من العهد القديم) لم يعمل جوب (جون بول دو) أي شيء خاطيء وهو يحب الله. لقد فَقَدَ عائلته وأملاكه وكاد يموت (Dau & Sweeney, 2007, p.201).

تذكرت قول أمي وهي تخبرني عندما كنت ولداً يافعاً في (دوك بيؤل) بأن كل شيء في الحياة يذهب ويعود مرة أخرى. فعندما تكون الأوقات جيدة تذكر أن المصاعب ستعود. وعندما تكون الأوقات سيئة تذكر بأن الله سيرسل السرور مرة أخرى؛ لذلك كن صبوراً (Dau & Sweeney, 2007, p. 281).

- ما هي وجهة نظر السيد دو العالمية؟
- ما هي الرسائل والمواضيع المتناقضة التي يُورِدُها؟
- لو كنت رأيت السيد دو في العلاج، فكيف تعيد صياغة هذه الرسائل والمواضيع المتناقضة؟ فكّر بهذا في ضوء أنموذج كاركوف (Carkhuff, 1969) الذي يُقيّم دقة التعاطف، ما مدى دقة تعاطفك؟ كيف تعرف؟

- كيف يمكنك أن تساعد السيد دو في معالجة مشاعر الضياع والذنب التي يُعاني منها؟ كيف تُكوّن وتُشكّل الأفكار الموجزة في الجدول (12.2) تدخلاتك.
- كيف كانت تختلف استجاباتك نحوه عن الاستجابات نحو أي شخص آخر ؟ لماذا؟

استراتيجيات تغيير المشاعر Strategies for Changing Feelings

تؤثر تصورات الأشخاص –كما نُوقشَ سابقاً- على أفعالهم التي تؤثر بدورها على تصوراتهم وإدراكهم لأنفسهم وللعالم. وعلى الرغم من أن هذا الوصف مفيد، إلا أنه يهمل دور الانفعالات. فالانفعالات تؤثر بقوة على الكيفية التي يتصرف بها الناس، وعلى وضع طرق التفكير بالأحداث، والتي تتأثر بدورها بالسلوك والتفكير. وتؤثر كل واحدة من هذه الثلاث (الانفعالات والسلوك والتفكير) على الكيفية التي يَصنع بها الناس معنىً لخبرتهم (L.Greenberg, 2008; Ivey & Ivey, 2003).

يتجنب العديد من الأشخاص الانفعالات السلبية، ويشعرون أنها تُربكهم. فالانفعالات السلبية يُمكن أن تكون مُعرقلة للعمل، وقد وصفت على أنها ناتجة من سوء التكيف والطرق المأساوية في التفاعل مع العالم. من وجهة النظر هذه، فإن من الضروري أن يُضبط الأسلوب المعرفي المُتسبب بالانفعالات السلبية أو يُعدّل (Beck, 1976) .

ويُعد تجنب الانفعالات، حتى السلبية منها، صعباً بحد ذاته، تماماً مثلما يُمكن أن يكون تجنب الأفكار السلبية (L. Greenberg, 2008) . وتعتبر الانفعالات جزءاً عادياً وصحياً من الخبرة، وتشير لأهمية الحدث. وعند العمل على الانفعالات، فمن المهم معالجة الدرجة التي صُورّت عندها الانفعالات أو نُظمت أو ضبطت بشكل سيء التكيف. وحتى عندما يكون المرضى متوترين أو قلقين أو مكتئبين، فإن الأطباء الإكلينيكيين يأخذون بعين الاعتبار ما إذا كانت هذه الانفعالات مبدئياً إشاراتٌ للضيق مقابل ردود الأفعال العادية للعمل مع القضايا الصعبة. ويجب أن يتنبهوا إلى الوقت الذي تكون فيه الانفعالات مستخدمة لأغراضٍ ذاتِ دور فاعل ومفيد؛ مثل جذب الانتباه أو تحويل اللّوم، أو عندما يستخدمونها لتجنب شعور أعمقٍ (L. Greenberg, 2008; L.S. Greenberg, & Safran, 1987). فالغضب – على سبيل المثال- قد يحجب ويخفي مشاعر الخزي والخجل والوحدة بعد فقدان علاقة.

جدول (12.2):

العوامل الثقافية، واستراتيجيات التحمل، ومؤشرات المرونة (سهولة التكيف) بين اللاجئين من السودان.

العوامل الثقافية

1. **الخبرات المبكرة وتنمية العلاقات مع مجتمعات الأقران.**
2. **يعتقد البالغون أنهم مسؤولون عن جميع الأطفال في المجتمع: "أي طفل هو طفل كل شخص." (p. 208)**
3. **السيطرة الداخلية المنخفضة التي تسمح لهم بالتعامل مع الخسارة (الضياع والفقد) وتقبلها:** "عندما تريد الأمور أن تحدث فلن تُغيرها" (p. 209)
4. **احترام كبار السن ونصائحهم:** "لقد رأوا الشمس أولاً". (p. 210)

استراتيجيات التحمل ومؤشرات المرونة (سهولة التكيف)

تَلمس توجيه الوالدين (من خلال الذكريات)

5. "رغم أن والديَّ كانا غير موجودين مادياً وأنا لم أعرف إن كانوا أحياءً أم أموات، إلا أن هنالك ذلك الارتباط... لقد نقلا لي الثقافة وأسديا لي النصيحة عندما كنت لا أزال معهم في البيت." (p. 209)
6. " سأجد والديَّ يوماً ما، وإذا وجداك كشخص غير محبوب، فإن ذلك لن يكون جيداً." (p. 209)

طوّر علاقات مساندة وموجّهة مع مقدمي الرعاية الموجودين

7. " عندما كنت أبكي، يأتون ويتحدثون معي... إنهم يسدون لي النصيحة التي ستجعلني أهدأ حتى أتوقف عن البكاء وأنسى ما كان يُبكيني." (p. 208)

امتلك أقراناً مُساندين يُطبِّعون (يجعلونه طبيعياً) خبرتهم وسَاعدهم

- "ما ساعدني أكثر كان أصدقائي." (p. 207)
- "عرفت أنني لم أكن الشخص الوحيد في هذا الموقف." (p. 207)
- "عندما أُجن ولا أرغب بالتحدث مع أي أحد ... يأتونني ويسألون إن كنت بخير. إنهم يحاولون إشراكك في الحوار – حتى إن لم تكن راغباً بذلك". (p. 208)

استغل التقبل والتجنب الصحي، فهما يبعثان على التفاؤل

- بدلاً من الإستسلام للأفكار السلبية والاكتئاب: "اجعل قلبي قوياً." (P. 206)
- "لذا نحن نحتاج منك أن تنسى الأمر لثانية واحدة. نحن نعلم أنه سيبقى في قلبك، ولكن ركز

فقط على حياتك، ماذا تعمل الآن لتوجهها؟ إذا فكرت بذلك الأمر كثيراً فإنك ستموت." (p. 208)

- **"وأنا قلت بأنه إذا أرادت الحياة أن تكون على هذه الشاكلة، فلن يكون هناك شيء أستطيع عمله بشأن ذلك". (p. 207)**
- **"يجب أن تفكر بما هو آت؛ لا تفكر بما مضى." (p. 207)**
- **إنها الحرب، والناس ينفصلون، وتلك الأمور تحدث، والله سيساعدك، وسيأتي يوم ما تجد فيه والديك." (p. 208)**

استخدم الدين لتجد المعنى

- **"لا أستطيع القول بأنني كن أنا الذي يعتني بنفسه. لقد كان هناك من يرعاني. ولو كان الله غير موجود فلن أكون موجوداً هنا اليوم." (p. 207)**
- **"أنا أذهب إلى دور العبادة، وأستمع إلى الحديث الديني. لقد أصبحَ بطريقة ما مثل الشخص الذي ينصحني في حياتي." (p. 207)**
- **"ما الذي حال دون موتهم في ذلك الوقت؟ لم يشأ الله أن يأتي يومهم. لربما أراد الله بهم أمراً". (P. 207)**

ملاحظة: من (Luster. Qin. Bates. Johnson. & Rana. 2009)

استنتجت لاسلي جرينبرج (L. Greenberg, 2008) بأن الأطباء الإكلينيكيين يمتلكون خمس مهام مُركزّة على الانفعالات للعمل عليها مع مرضاهم، وهي: أولاً، أن يُصبحوا أكثر وعياً وتقبلاً للانفعالات، وثانياً، أن يعبروا عن انفعالاتهم بتكيّف أكثر، وثالثاً، أن يُنظموا انفعالاتهم بشكل أفضل، ورابعاً، أنه يعكسوا (يُظهروا) الانفعالات والأحداث المرتبطة بها، وخامساً، أن يبدلوا الانفعالات السلبية عبر ارتباطهم بالانفعالات الإيجابية. وبينما يتجنب العديد من الأشخاص الانفعالات السلبية وينتقدون كلاً من الانفعالات وأنفسهم بسبب امتلاك مثل هذه الانفعالات، فإن التقبل والمواجهة غير المُصدرة للأحكام في البيئة التعاطفية والداعمة يُمكن أن يكون أمراً نافعاً جداً لتقليل التجنب وزيادة التنظيم (التحكم) الانفعالي التكيفي (L.Greenberg, 2008; Leahy, 2002; Linehan, 1993). ويُمكن أن تكون اليقظة (الوعي والتنبه) المؤدية إلى اتجاه تقبلي وغير حُكمي، بالإضافة إلى التأمل الذي يقوّي مهارات تحمّل تنظيم (ضبط) الانفعالات من الأمور النافعة بشكل خاص بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب أو من الانفعالات الأخرى المضبوطة بشكل ضعيف (Linehan, 1993; Teasdale, 2000).

غذاء للفكر Food for Thought

أَعد قراءة استجابات الأطباء الإكلينيكيين لأنطونيا ودرو منتبهاً إلى ردود أفعالك ومشاعرك الخاصة أثناء ذلك. ماذا تقترح ردود أفعالك حول أنطونيا ودرو، وحول استجابات أطبائهم الإكلينيكيين، وحولك؟ خذ بعين الاعتبار التحدث إلى شخص آخر ومقارنة ردود أفعالك بردود أفعاله.

تمييز حواجز التغيير ومعالجتها
Identifying and Addressing Barriers to Change

يفتح المعلمون الباب لكن عليك أن تعبره بنفسك.
مثل صيني
Chinese Proverb

يتوقع الأطباء الإكلينيكيون الأقوياء أن يُعاني مرضاهم من بعض الازدواجية (التناقض) بشأن التغيير، وأنهم سيتحرّون الحواجز والعوائق حتى بالنسبة للأشخاص الذين يبدون مستعدين للتغيير (Fraser & Solovey, 2007). ويُمكن أن تكون هذه الحواجز مؤسسية (قانونية) أو مالية أو بيئية أو ثقافية أو علائقية أو واقعة ضمن الشخصية والنفس (Grigsby & Hartman, 1997). إذ قد لا يُدرك المرضى أن أهداف وطرق المعالجة مُرتبطة وذات علاقة، أو قد يشعرون أنهم معزولون عن الهيئات والوكالات التي تقدم المعالجة، أو قد يعتقدون أن الأطباء الإكلينيكيين يدركونهم بازدراء وعلى أنهم غير قادرين على التغيير(Caldwell, 2009; R.E. Lee, 2009). وقد لا يملك المرضى سيارة يُعوّل عليها أو نقوداً لشراء الوقود، أو قدرة موثوقة لرعاية الأطفال. وقد يدركون امتلاك المشكلات والمعاناة منها على أنها مشكلة بحدّ ذاتها، أو يشعرون بأن طلب المساعدة والتحدث عن المشكلات هو مؤشر للضعف. وقد يقاوم المرضى وأزواجهم وعائلاتهم وأصدقاؤهم التغيير بشكل نشط لأنه قد يُزعزع العلاقة، أو ربما قد يدركون المشكلة (مثل: العقاب البدني، العنف المنزلي، الإفراط بشرب الكحول) على أنها معيارية ومقبولة. وقد يشعر المرضى باليأس، أو التناقض تجاه التغيير، أو عدم القدرة على التغيير. وقد لا يملكون المهارات اللازمة للتغيير، أو قد لا يُصدقون أنهم يستحقون علاقات طيبة أو مخرجات إيجابية أو مستقبل واعد. لذا، فإن تمييز ومناقشة الحواجز المحتملة وأسباب عدم التغيير يُمكن أن يجعل المعالجة أسلس (أكثر تدفقاً)، والعقبات (النكسات والارتدادات) أسهل توقعاً أو استجابةً للمعالجة.

ويُمكن أن تُرى مقاومة المريض للتغيير من خلال الجلسات التي تغيب عنها، والتأخر عن الجلسات، وتجنب المواضيع، ورفض مناقشة القضايا بعمق. ويُمكن أن يكون المرضى سلبيين أو ذوو

مستوى منخفض من الدافعية نحو التغيير. ويُمكن أن يستجيب الأطباء الإكلينيكيون لهذه السلوكيات المُتحدية من خلال أن يصبحوا مُثارين (مُغضبين)، أو كثيري الضجيج، أو عدوانيين. ومع هذا، تزيد استجابات المجابهة والاستجابات المحملة بالصراع المقاومة أكثر وتتصادم مع المعالجة، بينما تعد الاستجابات المُسانِدة والتعاطفية أكثر فائدة ونفعاً (Beutler et al., 2001; Moos, 2003; Serran et al., 2003; Strupp, 1996).

ورغم أن المريض قد يكون مقاوماً بشكل حقيقي للتدخل كما صِيغ، إلا أن سيران وزملاؤه (Serran et al., 2003) يقترحون أنه يجب على الأطباء الإكلينيكين أن يدركوا "السلوك المقاوم" على أنه إشارة لتغيير الأهداف أو الاستراتيجيات أو المنهجيات العلاجية. وبدلاً من أن يصبح الأطباء الإكلينيكيون مُثارين، أو غاضبين أو مُحبطين، أو قلقين، أو عدوانيين أو مستعدين للعراك مع المريض، فإنه من الأكثر فاعلية بشكل عام أن يُصغوا ويتحدوا مرضاهم بشكل مساعد ولكن بحزم. ويجب أن يبقى الأطباء الإكلينيكيون هادئين وتعاطفيين عند تحدي المرضى فيما يتعلق بالتناقضات بين ما يقوله المريض وما يعمله –على سبيل المثال (Serran et al., 2003). وقد يقولون: "أنت تقول بأنك تريد أن تكون أباً على نحو أفضل، لكنك لم تقم بأداء واجبك البيتي في الجلسات الأربع الماضية. أنا أتساءل ماذا حول ذلك؟". عندما يكون المرضى مقاومين جداً فيما يتعلق بموضوع الجلسة، فإن الأطباء الإكلينيكيين يستطيعون التراجع والعمل مع المرضى على قضية أقل تحدياً حتى يُصبح التحالف العلاجي أقوى والمقاومة أقل (Beutler et al., 2001; Serran et al., 2003). إن المعالجة لا تُعمل للمرضى، بل معهم (Bohart, 2001).

ورغم أنها دعوة للتركيز على الأعراض التي تظهر على المريض، وعلى مشكلاته ونقاط ضعفه، بالإضافة إلى الحواجز التي تعيق المعالجة، إلا أن من المهم –وبشكل متساوٍ– إدراك الاستثناءات للمشكلات وتنمية نقاط قوة المريض (Berg, 1994; O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989). في الواقع، حتى مقاومة المرضى يُمكن أن تكون تكيفية، ويُمكن أن توحي بأن المريض لا يمتلك المهارات الضرورية، أو أنه يمتلك أسباباً هامة لعدم التغيير، أو أنه غير واثق كفاية بالطبيب الإكلينيكي وعملية التغيير (Beutler et al., 2001).

Food for Thought غذاء للفكر

ما هي الحواجز التي جعلت من الصعب على لِل لوكو أن يتغير (الفصل الثالث)؟ ما الذي قد يجعل من الصعب على جون بول (هذا الفصل) أن يعمل باتجاه الأهداف الفردية في الإرشاد؟ ما الذي جعل من الصعب على أندريا بيتس (الفصل الثاني) أو على روثي سكلمجين (الفصل التاسع) أن تتابعا تناول الأدوية ؟ ماذا تعمل لمواجهة هذه الحواجز؟ ما هي الأجزاء التكيفية لمقاومتهم للتغيير؟

تقييم المعالجة Evaluating Treatment

أنت نادراً ما تُصغي لي، وعندما تعمل فأنت لا تسمع، وعندما تسمع فإنك تسمع بشكل خاطئ؛ وحتى عندما تسمع بشكل صحيح فإنك تغيّر ما تسمعه بسرعة بالغة فلا يكون مثلما سمعت أبداً.
Marjorie Kellogg

إن تقدير تعاطف استجابات الأطباء الإكلينيكيين، كما وُصف في الفصل الحادي عشر، يُمكن أن يكون مفيداً في تحديد ما إذا كان الطبيب الإكلينيكي يستمع بشكل دقيق إلى معاني المريض السطيحة والأعمق (Carkhuff, 1969). من ناحية ثانية، فإنه ولأي عدد من الأسباب –سواءً النفسية أو البيئية أو كلاهما- قد يفتقد المريض بطريقة ما تدخل أو استجابة الطبيب الإكلينيكي التعاطفية المُصاغة بشكل مبدع بطريقة ما.

لذلك، ورغم أنه من المفيد التفكير بشأن دقة استجابات الطبيب الإكلنيكي، إلا أنه ربما يكون من المفيد أكثر أن يتم الأخذ بعين الاعتبار (مراعاة) فاعلية الجلسة من وجهة نظر المرض. إلى أي درجة يتقبل المريض أو ينكر (يرفض) إعادة التعبير أو التدخل (Ivey & Ivey,2003)؟ إن نظام التقدير (الجدول 12.3) –المُستند جزئياً على وصف سيليجمان (Seligman, 2004)- يُمكن أن يكون مفيداً بهذا الخصوص. لأي درجة تؤدي استجابات الأطباء الإكلينيكيين أو تدخلاتهم إلى تبصر وتغيّر سلوكي أكثر أو أقل وتُحَسن أهداف المعالجة؟ لأي درجة تعمل على تقوية أو إضعاف التحالف العلاجي؟ يمكن أن تُطرح هذه الأسئلة في نهاية الجلسة أو خلالها على حدٍ سواء. وكما وُصف في أجزاء سابقة من هذا الكتاب، فإن الانتباه والاهتمام بتلميحات المرضى غير اللفظية –أي الأساليب التي يُطورون بها المواضيع (أو يُخفقون بتطويرها) في المعالجة- وبمؤشرات الخلاف (التعارض وعدم الاتفاق) اللفظية يُمكن أن يُبين ما إذا كان التحالف العلاجي قوياً وما إذا كان المريض يقبل بتدخلات الطبيب الإكلينيكي (Thomas, 2005).

جدول 12.3: تقدير فعالية الجلسة أو التدخل

5. **الإصغاء دقيق ومتبصر: يحرّك المعالجة في اتجاه منتج (مثمر). ويُشجع على الوعي الذاتي الأكبر، أو على طرق تفكير مُساعِدة حول "المشكلة"، أو على التغيرات الإيجابية في السلوك.**

4. **الإصغاء دقيق بشكل عام. يحرك المعالجة باتجاه منتج، ولكنه يقود إلى وعي ذاتي محدود، أو إلى طرق تفكير مساعدة حول "المشكلة"، أو إلى تغييرات إيجابية في السلوك.**

3. **لا يساهم ولا يُنقص من أهداف المعالجة، والطريقة العلاجية، والتوافق العلاجي. يتقبل المرضى إعادة التعبير رغم أنه لا يقود إلى التغيير.**

2. **يُنقص إلى حدّ ما من أهداف المعالجة والطريقة العلاجية والتوافق العلاجي: توحي استجابات الأطباء الإكلينيكيين بإصغاء ضعيف أو بتدنٍ في الاهتمام. وربما يسمع المريض ويتقبل جزءاً من الرسالة دون الأجزاء الأخرى.**

1. **تعطيل للحركة على أهداف المعالجة وتتدخل (تتصادم) بطريقة المعالجة والتوافق العلاجي: تبدو استجابات الطبيب الإكلينيكي لوّامة ومصدرة للأحكام وناقدة. وربما يُنكر أو يرفض المريض التدخل.**

غذاء للفكر Food for Thought

راجع نُسخ المقابلات من الأجزاء السابقة من الكتاب (أندريا بيتس: الفصل الأول والحادي عشر؛ كلير: الفصل السابع؛ آني روجرز: الفصل الحادي عشر؛ روبن: الفصل الحادي عشر). كيف تُقدّر استجابتهن من ناحية التعاطف (Carkhuff, 1969)؟ كيف تُقدّر هذه النُسخ القصيرة من ناحية إنتاجيتها (فاعلية هذه المقابلات) باستخدام المقياس المُبين في جدول (12.3)؟ ماذا تستنتج من هذه العملية؟

الخلاصة Summary

بغض النظر عن أهداف المعالجة الخاصة التي يتناقش حولها المرضى والأطباء الإكلينيكيون، فإن الأطباء الإكلينيكيين الفاعلين يريدون من مرضاهم الاستمرار ليكونوا ناجحين بعد إنهاء المعالجة، ويُساعدون على تطوير الكفاءة الذاتية والحزم والأمل ومهارات حلّ المشكلة لدى مرضاهم. ولأن المرضى غير جاهزين مبدئياً للتغيير، فإن الإنتباه لجاهزيتهم هو مظهر هام للمعالجة. ويعتمد تحفيز المرضى للتغيير على التحالف العلاجي القوي الذي يتميز بالتعاطف والقبول غير المشروط والأصالة (الصدق) والاتجاهات غير الحكمية (التي لا تُصدر الأحكام).

وقبل أن يطلب الأطباء الإكلينيكيون من مرضاهم أن يتغيروا —وبشكل خاص أولئك الذين يقاومون بشدة– فإن المرضى يحتاجون للشعور بأنهم مفهومون ومقبولون. إذ أن المرضى الذين يشعرون أنهم مقبولون بشكل عام أكثر تقبلاً للتدخلات الإكلينيكية. وبشكل عام، يجب أن تستلزم هذه التدخلات تحولاً في وجهة النظر على الرغم من أن وجهة النظر هذه ليست مُسهبة جداً حتى تكون غير مقبولة.

غالباً ما تقود التغيرات في السلوك إلى تغيرات في وجهة النظر والعكس صحيح. وتؤثر الانفعالات أيضاً على الإجراءات وطرق التفكير بالقضايا، وجنباً إلى جنب مع التفكير. فإنهما يؤثران (الانفعالات والتفكير) على الكيفية التي يجعل بها الناس معنىً لخبراتهم. لقد قدم هذا الفصل وصفاً لعدد من الاستراتيجيات لإحداث تغيير إكلينيكي في المجالات السلوكية والمعرفية والانفعالية.

يُدرك العلاج الفعال ويُعالج حواجز التغيير التي تحدث على المستويات المؤسسية أو المالية أو البيئية أو الثقافية أو العلائقية أو داخل النفس، والتي قد تظهر بسلبية أو بدافعية متدنية في التغيير أو بمقاومة. وبما أن المعالجة تتم مع المرضى وليس لهم، فإن من المهم العمل على التحالف العلاجي في مجالات محصورة ومراعاة الطرق التي تكون بها هذه المقاومة تكيفية.

وبدلاً من الاهتمام بنوعية التدخل وحدها، فإن الأطباء الإكلينيكيين الفاعلين يقيّمون فاعلية عملهم -وخاصة الكيفية التي يقوّي بها التحالف العلاجي المرضى ويجعلهم أكثر تبصراً ويقود إلى تغيير سلوكي إيجابي.

كيف تُطبق هذه القضايا في حياتك وعملك؟

1. ماذا يحدث عندما لا تعتقد بأن وجهة نظرك قد سُمعت قبل أن يطلب منك أحد ما أن تتغير؟ كيف تشعر وكيف تكون ردة فعلك في هذا الموقف؟
2. ما هي الطرق التي لاحظت من خلالها بأن تَغَيُّر سلوكك من خلال بعض الأساليب (مثل: الإقلاع عن التدخين، الحصول على وظيفة جديدة) قد غيّر أيضاً بالأسلوب الذي أدركت به نفسك والآخرين بشكل مختلف؟ ما هي الطرق التي لاحظت من خلالها بأن التغيّر في تفكيرك وإدراكاتك (مثل: فهم شخص ما) قد غيّر أيضاً سلوكك؟
3. إذا كنت مقاوماً للتغيير في وقت ما، ضع في اعتبارك الطبيعة التكيفية لهذه المقاومة. ما الذي كنت تحاول إنجازه؟
4. انتبه لعملك الإكلينيكي باستخدام المقياس الموجود في الجدول (12.3). كيف تستجيب عندما تدرك أنك خارج المسار الصحيح (أقل درجة في المقياس)؟ إلى أي درجة يُعد أسلوب الاستجابة هذا مُفيداً؟

13 الفصل الثالث عشر

إنهاء المعالجة على نحو جيد
Ending Treatment Well

إلى أين نتجه؟

1. ما الذي يُميّز الإنهاء العادي (الطبيعي) عن الإنهاء السابق لأوانه (المبكر)؟
2. كيف يستطيع الأطباء الإكلينيكيون تقييم خطر الشكوى (الاتهامات) الأخلاقية أو القانونية؟
3. ما هي الاستراتيجيات التي يستطيع الأطباء الإكلينيكيون استخدامها لتقليل الخطر خلال الإنهاء من المعالجة؟
4. ما هي الأهداف التي يحتفظ بها الأطباء الإكلينيكيون بشكل عام لعملية الإنهاء؟
5. ما هي المشاعر التي يُبلّغ عنها المرضى والأطباء الإكلينيكيون كثيراً عند الإنهاء؟ كيف يمكن لها أن تؤثر على عملية الإنهاء؟
6. ما هي خصائص الإنهاء الجيد من المعالجة؟
7. ما هي العوامل التي يجب تناولها في سياق التخطيط للخروج من المعالجة؟

شعرت وكأنني قد تعرضت للضرب

I Felt Like I'd Been Beaten Up

إلين ساكس Elyn Saks

إلين ساكس محامية تخرجت من جامعة ييل (Yale University)، وتتخصص بقانون الصحة النفسية، وهي عميد في جامعة جنوب كاليفورنيا، وقد تعرضت للخلل الذهاني الأول عندما كانت تُهيء نفسها للتخرج من جامعة أكسفورد. وقد أُدخلت المستشفى ثلاث مرات لفترات طويلة، وخضعت للعلاج بالتحليل النفسي ومُضادات الذهان لمعظم سنوات بلوغها. ثم قامت بعمل تحليلي مع الدكتور كابلان (Dr. Kaplan) لثلاث عشرة سنة، على الرغم من أنها أصبحت في النهاية غير سعيدة بما كان يحدث.

أنجزت الكثير من التغييرات الحياتية الناجحة خلال تلك الفترة. ولكن (الدكتور كابلان) كان قاسياً عَليّ في أغلب الأوقات، وبمرور الوقت (على الرغم من نقاط قوة كابلان العديدة وإنسانيته كمُحلل نفسي) بدأ ظهور الصعب من الأمر وحتى الصارم. أصبح الدكتور كابلان تقييدياً أكثر نوعاً ما-فعلى سبيل المثال، لم يُرد أن أتحرك حول المكتب، ولم يُرد أن أغطي وجهي بيديّ خلال جلساتنا (وهو أمرٌ قمت به مع كل المحللين ليُساعدونني على أن أشعر بالأمان والاحتواء). وبقي يقول أنه إذا لم تتغير الأمور، فلسوف "ينهي" معي. "سأنهي معك". إنه شيء وحشي أن تسمع ذلك، ووحشي بالنسبة له أن يبقى يردده. هل كان يعمل ذلك ليثير نوعاً من الاستجابة مني؟ لم أشعر بالأمان معه أكثر؛ لقد كان متقلباً، ماكراً، وغاضباً أيضاً. في بعض الأيام خرجت من الجلسة وأنا أشعر وكأنني قد تعرضت للضرب.

إنه يقول: "لم نستفد شيئاً". "ما نقوم بعمله ليس علاجاً حتى". وقد قال أن العلاج كان يسير بشكل سيء لمدة عامين –منذ تشخيصي بالسرطان تقريباً وانشغالي بالوصية. (Saks, 2007, pp. 331-322).

طلبت إلين أن تتشاور مع الدكتور فريد (Dr. Freed)؛ المحلل النفسي الذي قدم الإسناد والتأييد خلال إجازات الدكتور كابلان.

قال الدكتور فريد: "لقد قضيت سنوات من العمل الجيد معه يا إلين". "تتطور العلاقات خلال المراحل الانتقالية، وربما *هذه* واحدة منها. يجب أن تحاولي فعلاً القيام بذلك مع كابلان. إنه أمر أساسي وحيوي أن تقومي بذلك" (Saks, 2007, p. 322). وتبعاً لاقتراحه، فقد أعادت إلين النظر بقرارها المتعلق بترك العمل مع الدكتور كابلان، بالرغم من "أنني كنت غير متأكدة من قدرتي على القيام بذلك، وغير متأكدة من أنني أريد حتى لمجرد المحاولة" (P, 322).

ذهبت إلى مكتبي لأضع خطة، نوع من المفاوضات. وتساءلت: ما الذي يجب أن يتغير لكي أتمكن من البقاء مع الدكتور كابلان؟ ووضعت قائمة: احتجت أن يتوقف عن قول أننا لم نستفد شيئاً، واحتجت أن يتوقف عن

التهديد بالإنهاء، واحتجت التقليل من القيود الطبيعية. لا شيء من هذه الأمور بَدَا شاقاً ومُرهقاً. رفض كابلان بكل جهده تغيير أي شيء. لقد ذُهِلت. (Saks, 2007, p. 323).

كانت تلك الجلسة الأخيرة مع بعضهما، على الرغم من أن الدكتور كابلان كان قد استدعى الآنسة ساكس لاحقاً ليحل الأمور. بدأت الآنسة ساكس برؤية الدكتور فريد، ولكنها لاحظت:

من المحتمل أن يكون الدكتور كابلان قد ساعدني أكثر من أي شخص آخر في حياتي، وأنا أحبه اليوم بقدر ما أحب دائماً أي شخص. ولفترة طويلة حملت بداخلي إحساساً ملموساً وواضحاً بالضياع. وقد كان قرار تركه مروعاً جداً، ولكنني لا أستطيع أن أرى طريقة أخرى حولي، إضافةً إلى أنه بدا دائماً بأنه هو من يتخذ ذلك القرار أولاً. وبرفض التفاوض معي، وبتهديدي ودفعي، طَرَدني في الحقيقة. إنه يرفضني ويُحبطني. (Saks, 2007, p.323).

- بِمَ فكرت حول طلبات الآنسة ساكس وردة فعل الدكتور كابلان؟ ماذا، إن كان ممكناً، ستعمل بشكل مختلف إذا كنت مكانه؟ لماذا؟
- كيف يمكن أن تؤثر وجهة نظر الآنسة ساكس العالمية على قرارها بإنهاء عملها مع الدكتور كابلان؟
- هل اندهشتَ بأن الآنسة ساكس شعرت بالعديد من المشاعر الإيجابية حول الدكتور كابلان عندما قررت أن تترك التحليل معه؟

الإنهاء العادي والإنهاء السابق لأوانه
Normal and Premature Terminations

الموت ينهي الحياة وليس العلاقة
Robert Benchley

يُمكن أن تنتهي المعالجة بأي واحدة من الطرق المختلفة الآتية: عندما يوافق كُلٌّ من الطبيب الإكلينيكي والمريض على أن الأهداف قد حُققت؛ أو عندما يتخذ الطبيب الإكلينيكي قراراً أُحادي الجانب بإنهاء المعالجة لعدم حدوث تقدم أو لأن المريض يُؤذى ويتضرر بشكل فعلي بالمعالجة، وذلك بسبب عوامل مستحيلة التجنب متعلقة بالطبيبة أو الطبيب الإكلينيكي (مثل: المرض، أو إجازة الأمومة، أو السفر والتنقل، أو تغيير الوظيفة، أو الصعوبات الشخصية التي تؤثر على الكفاءة)؛ أو عندما تُنكر وترفض شركة الرعاية المُعتمدة دفع الأجور (Bennett et al ., 2006, Younggren & Gottlieb, 2008). وقد يُنهي الأطباء الإكلينيكيون المعالجة نتيجة لعلاقة متعددة مؤذية وضارة فعلاً، أو لتضارب الاهتمام والمنفعة، أو لضياع الموضوعية (Younggren & Gottlieb, 2008). وكما ظَهَر في الحالة الافتتاحية (إلين ساكس)، فإن المرضى يُمكن أن ينهوا المعالجة أيضاً لأي عدد من الأسباب، بما فيها الشعور بالازدراء في المعالجة أو الاعتقاد بأنهم لم يعودوا يحرزون تقدماً.

الإنهاء العادي Normal Termination

الإنهاء العادي هو "العملية الملائمة بشكل أخلاقي وإكلينيكي، والتي يتم من خلالها إنهاء علاقة مهنية" (Younggren & Gottlieb, 2008, p.500). وهذا لا يعني بالضرورة أن كل الأهداف قد تحققت، بيد أن الطبيب الإكلينيكي والمريض قد ناقشا معاً إنهاء المعالجة وقبلا عَمَل ذلك. وقد لّخص كيرتيس (Curtis, 2002) معايير الإنهاء العادي المُحددة في الأدب، والتي تضمنت: إمكانية الاستمتاع (المتعة)، والقدرة على الحب والعمل، والتغييرات الشخصية الأساسية، والأعراض المُقللة (المُخَفَضَة).

المعيار الوحيد الواضح بالنسبة للمعالجة هو عندما تُحقق الأهداف. ورغم الوضوح الظاهر لهذا المعيار، إلا أن أهداف المعالجة يُمكن أن تتغير عبر الوقت؛ ففي بعض الأحيان قد يضع المرضى والأطباء الإكلينيكيون أهداف معالجة أكثر اعتدالاً، وذلك في وقت لاحق من المعالجة، مما قد يكون أكثر ملائمة من الأهداف الأولية الطموحة جداً (Goldfried, 2002). إضافةً إلى أن خطة إنهاء المعالجة تفترض -عندما تكون الأهداف قد حُققت- أن التحرك باتجاه أهداف المعالجة يحدث فقط خلال المعالجة. وإنه لمن المقبول جدلياً الافتراض بأن هدف المعالجة هو أن يتم منح المرضى المهارات المطلوبة لإحداث التغيير، على الرغم من أن التغيير قد لا يُرى ولا يُدرك بشكل جزئي أو كلي حتى بعد أن تنتهي المعالجة.

ويعمل معظم الأطباء الإكلينيكيين على الأهداف التي يُميّزها المرضى، ويُنهون المعالجة عندما يكون مرضاهم جاهزين لإنهاء المعالجة أو غير مُندفعين ومتحفزين للاستمرار (Curtis, 2002; Goldfried, 2002; L.S.Greenberg, 2002). وغالباً ما يكون الإنهاء عملية تعاونية؛ إذ يُناقش المرضى والأطباء الإكلينيكيون المعالجة، ونواحي نجاحها وإخفاقها، والمواضيع التي نَمَت وتطورت عبر مسار المُعالجة، والطرق التي يتعامل بها المرضى في الوقت الحالي مع المشكلات بنجاح أكثر. واعتماداً على طول ونوع المعالجة، فإن الجلسات غالباً ما تتضاءل (تتناقص) كمنهجيات للإنهاء (Curtis, 2002; Goldfried, 2002). أما بالنسبة للمرضى الذين يعانون من الحوادث الكئيبة المُتكررة، فإن جولدفريد ينصح -ولو أنه أمر نادر- بالإبقاء على الجلسات المتقدمة باستمرار رغم أنه يُدرك دور المعالج تحت هذه الظروف كمثل عامل الإنقاذ (الحارس) الذي يتدخل فقط "عند الضرورة على الإطلاق" (P. 371).

الإنهاء السابق لأوانه (المبكر) Premature termination

لا يُحقق بعض الأشخاص كل أهداف معالجتهم قبل إنهاء المعالجة؛ وذلك جَرّاء العديد من الأسباب. ففي بعض الأوقات –وكما وصف في الفصل الثامن– تُنهي المعالجة لأن المريض والطبيب الإكلينيكي قد اختلفا على أهداف المعالجة (Hawley & Weisz, 2003). وأحياناً يقوم المريض بكل ما يُمكنه القيام به أو بما هو راغبٌ بعمله في ذلك الوقت (Curtis، 2002; Goldfried، 2002; L.S.Greenberg, 2002). وفي أحيان أخرى، يشير ترك المعالجة بشكل مبكر إلى مشكلة في التحالف العلاجي: على سبيل المثال، الآنسة ساكس مريضةٌ لا تشعر بأنها مقبولة أو مفهومة من قبل طبيبها الإكلنيكيي. وفي الأوقات الأخرى، لا تُوازن (تنسجم وتتسق) منافع الاستمرار بالعلاج بشكل إيجابي مقابل كُلفها المالية أو النفسية (Brogan, Prochaska, & Prochaska, 1999; Curtis, 2002).

في بعض الحالات يعتبر تحديد ما إذا كان المريض قد ترك المعالجة مبكراً مسألةَ تعريف (تحديد ووضوح) لِمَا يختلف حوله الأشخاص الحصيفون (صائبو التفكير). فعلى سبيل المثال، نَظَرَ هاتشيت وبارك (Hatchett and Park, 2003) إلى الإنهاء السابق لأوانه باستخدام أربعة تعاريف (تحديدات) مختلفة سارية المفعول(Operational definitions) ومستخدمة بشكل عام، وهي: قرار الطبيب الإكلينيكي، وإخفاق المريض بحضور آخر موعد محدد، وحضور المريض لمواعيد أقل من العدد المتوسط للمواعيد المحددة بالنسبة للمرضى. واعتماداً على التعريف (التحديد) المُستخدم، فإن ما بين (17% و53%) من مرضاهم قد حُددوا على أنهم مُنهيون للمعالجة قبل الأوان. وأبلغ هاتشيت وبارك عن اتفاقات (توافقات) عالية نسبياً بين قرارات (أحكام) المُعالج بالإنهاء السابق لأوانه والمريض الذي يتغيب عن آخر موعد مُحدد، على الرغم من أن المقاييس الأخرى كانت أقل نفعاً وربما تقيس شيئاً آخر تماماً.

وعند تعريف الإنهاء المبكر من ناحية طول المعالجة، فإن بروجان وزملاؤه (Brogan et al., 1999) قد استنتجوا بأن المرضى الذين أنهوا المعالجة بأقل من عشر جلسات يُمكن أن يُميّزوا (يُعرفوا) بالاعتماد على مرحلة التغيير التي يمرون بها. وبشكل خاص، لقد كان المُنهيون مُبكراً (الذين يُنهون المعالجة مبكراً) أكثر احتمالاً ليكونوا ضمن مرحلة ما قبل التأمل (لا يُميّزون المشكلة)، وأكثر احتمالاً لتحديد وتمييز التكاليف لولا القليل من فوائد التغيير. وتلمح هذه النتائج بأن أحد المظاهر المهمة للمعالجة هو مساعدة المرضى على تمييز المشكلة التي يعملون عليها وإدراك المنافع والفوائد الحقيقية للتغيير.

عندما يختلف المرضى والأطباء الإكلينيكيون حول وقت إنهاء المعالجة، فمن الممكن أن يكون مفيداً للأطباء الإكلينيكيين أن يصفوا وجهة نظرهم (مثل: ما الذي يُمكن أن يكون ما زال قيد الإنجاز،

ما العوائق التي قد تُثبط عزيمة المرضى أو تسبب القلق، ما الذي يُمكن أن يُعمل لتحقيق الأهداف المُحددة). من جهة أخرى، يجب أن تكون التغذية الراجعة مقدمة بطرق دالة على الاحترام، ومُشجِعَة وترفع كفاءة المريض الذاتية. وغالبا ما يُمكن أن تكون مفيدة للرد والاستجابة كما يأتي:

أنت تعرف خبرتك بشكل أفضل مما يستطيعه أي شخص آخر، وأنا أعتقد أنه يجب علينا أن نثق بقناعتك بأن الوقت قد حان للتوقف. لقد ناقشنا عدداً من القضايا التي اعتقد أنها ما تزال مفيدة بالنسبة لك للعمل عليها، لكن يُمكنك القيام بذلك لوحدك. إذ وجدت –حتى لو أنك تعمل بشكل جيد على وجه العموم– أن بعض الأمور تظهر من حين لآخر وتعتقد أنه من المفيد أن نتحدث عنها معاً، فأنا موجود. وإذا –في بعض الفترات اللاحقة– شعرت أنه ربما يكون من المفيد لنا أن نستأنف العمل المنظم أكثر معاً، فما عليك إلا أن تُخبرني. (Wachtel, 2002, p.381).

لاحظ أن واكتيل (Wachtel) قد ميّز بوضوح مخاوفه. بينما دَعم وساند أيضاً استقلالية للمريض، بالإضافة إلى أهداف نهاية المعالجة الأخرى. لقد وَاجه تعبيره بإيجاز مَنَع الانتكاس (منع المعاودة – Replace Prevention)، وفتح الباب على مصراعيه أمام المعالجة المستقبلية، ودَعَمَ تقرير مصير المريض، وكان مُشَجِعاً.

التخلي عن المعالجة Abandonment

عندما يُنهي الأطباء الإكلينيكيون المعالجة بطرق غير ملائمة أخلاقياً أو إكلينيكياً، فإن لجان الأخلاق (المجالس التأديبية) ومجالس الترخيص بممارسة المهنة، والمحاكم، والمرضى يُدركون هذا الإجراء على أنه تخلٍ (ترك واستسلام) (Younggren & Gottlieb,2008). ويمكن أن يكون الإخفاق بالقيام بأي عددٍ من الإجراءات التي تُعد جُزءاً من الممارسة الطبيعية الكفؤة –لمناقشة إنهاء المعالجة والعوامل المختلفة بهذا الإنهاء (متى كان ملائماً)، أو لتسهيل التمويل لانخفاض المنافع والتحديات، أو لإخبار المرضى عن التغطية العلاجية وخدمات الطوارئ عند الخروج من المدينة– مفهوماً ومُدركاً من قبل المرضى على أنه تخلٍ، ويُعرّض الأطباء الإكلينيكيين لخطر متزايد من الدعوى القضائية أو الإجراء التأديبي (Bennett et al., 2006). وبالمثل، فإن إنهاء المعالجة خلافاً لرغبات المريض –في حين يكون المريض ميالاً للانتحار أو القتل بشكل فاعل– من المحتمل أن يكون مُدركاً ومفهوماً إلى حدّ معقول على أنه تخلٍ (Bennett et al., 2006).

إن أفضل سيناريو حالة للإنهاء هو سيناريو واحد؛ حيث يشعر المرضى أنهم مفهومون ومُعاملون بشكل جيد، وأن الأهداف قد تم تحقيقها، وأن إنهاء المُعالجة مُناقش ومفهوم (متفق عليه) مع المريض. على أية حال، هذه الظروف المثالية ليست مُمكنة دائماً. فأحياناً تكون منظمات الرعاية

المُعتمدة غير راغبة بمواصلة دفع ثمن المعالجة، أو أن المرضى غير راغبين أو غير قادرين على دفع الدفعات المُشتركة. وللأطباء الإكلينيكيين الحق بإنهاء المعالجة تحت مثل هذه الظروف: على الرغم من أنهم يجب أن يُحيلوا المرضى إلى خدمات أخرى –إذا كان ذلك ملائماً– فأن يعملوا على حفظ توازن واستقرار المريض في الأزمة، فإن الأطباء الإكلينيكيين غير مُجبرين على تقديم معالجة مجانية (Pro bono) طويلة الأمد (Younggren & Gottlieb, 2008).

حتى الإنهاء المفاجئ (غير المتوقع) نسبياً يُمكن أن يكون مُلائماً وأخلاقياً، وللأطباء الإكلينيكيين الحق بأن يُعاملوا باحترام من قبل مرضاهم. في الواقع، ناقش يونجرين وغوتليب (Younggren & Gottlieb, 2008) بأن المرضى الذين انتهكوا حقوق أطبائهم الإكلينيكيين، أو هددوهم بأية حال، أو انهمكوا بانتهاكات الحدود الهامة والمبادئ المُتفق عليها (مثل: المريض غير اللائق في فيلم ماذا عن بوب؟ -What About Bob?) قد "أنهوا العلاقة في الحقيقة" (P. 502). وبشكل مماثل، فإن المرضى الذين لا يلتزمون بالتوقعات والتطلعات المعقولة للمعالجة –بما في ذلك الحضور إلى المعالجة ثَمِلاً أو التغيب عن مواعيد الجلسات بشكل متكرر– يُشيرون إلى أنهم غير مُلتزمين بالمعالجة بشكل فاعل. وبالطبع، يُمكن أن تكون مناقشة ومجادلة يونجرين وغوتليب بالعكس: يُظهر الأطباء الإكلينيكيون أحياناً افتقارهم إلى الالتزام المتعلق بالعمل مع مرضاهم. وفي هذه الحالات يزداد الخطر (المجازفة) الإكلينيكي.

غذاء للفكر Food for Thought

راجع وصف إنهاء معالجة الآنسة ساكس من الدكتور كابلان. إذا كنت ترى مُشكلات في هذه الحالة، فماذا كانت؟ فعلى الرغم من أن الخطر الإكلينيكي في هذه الحالة غير ملحوظ كثيراً بالمقارنة مع الخطر الإكلينيكي المحتمل من قبل الدكتور هيلبر أو الدكتور ديز (الفصل الثاني)، فما الذي يقوم بعمله الدكتور كابلان ويزيد من خطر تعرضه لشكوى أخلاقية أو لإجراء قضائي؟ ما الذي كان يُمكن أن يعمله الدكتور كابلان لخفض خطر تقييد وتحديد ممارسته بلا شدة؟

ممارسة اكلينيكية Clinical Practice

حاولت شارلين (Charlene) الانتحار بشكل فاعل لعدة أشهر. وكانت تتصل مع معالجها مارتن (Martin) وترسل له الرسائل الإلكترونية كثيراً خلال اليوم. توقع مارتن أن تحتاج شارلين مستوىً مكثفاً أقل بكثير من الخدمة عندما أجرى الفحص الأولي. وبما أن مارتن يعمل بدوام كامل في الجامعة، فهو لا يشعر بأنه قادر على تقديم مستوى الرعاية الذي يعتقد أن شارلين تحتاجه. لقد

أدخلت شارلين للتو إلى المستشفى إلزامياً ومارتن يضع نصب عينيه أن يُنهي مُعالجتها. ما التوصيات التي يمكن أن تعطيها لمارتن حول مستوى مخاطرته الحالية وحول طرق تقليل الخطر المستقبلي؟

مشاعر الطبيب الإكلينيكي والمريض أثناء الإنهاء
Clinicians' and Clients Feelings During Termination

> يقضي الكثير منا حياته الكاملة يفرّ من الشعور بالاعتقاد الخاطئ بأنه لا يستطيع المعاناة من الألم. لكننا تحملنا الألم. وما لم نعمله هو الشعور بأننا جميعاً فوق الألم.
>
> القدّيس بارثليو
> St. Bartholomew

يُمكن أن يرتبط إنهاء المعالجة بالعديد من المشاعر المُختلطة لكلٍ من المرضى والأطباء الإكلينيكيين. ويُمكن للأطباء الإكلينيكيين الذين يراقبون مشاعرهم الخاصة ويتعاملون معها على نحو جيد أن يجعلوا عملية الإنهاء سهلة بالنسبة لمرضاهم.

ردود أفعال الأطباء الإكلينيكيين Clinicians' Reactions

يدخل الناس مجال الصحة النفسية متفاوتين في نقاط القوة والضعف التي يكشفون عنها. وفي العديد من الأوضاع، تتطلب المعالجة الصبر، والإحساس بالالتزام، والاستعداد للمثابرة خلال الفترات الصعبة، والقدرة على إدراك الديناميكيات الواقعة ضمن النفس والعمل عليها (Noy-Sharav, 1998). وربما تكون هذه المهارات مهمة بشكل خاص أثناء الإنهاء، مع أن المعالجة قد تثير قضايا صعبة لكلٍ من المرض والأطباء الإكلينيكيين. علاوةً على ذلك، فإن امتلاك نظرة عالمية تسمح الأطباء الإكلينيكيين بالتعامل مع الإنهاءات والخسارة (الفقد والضياع) على نحو جيد، وبإنهاء المعالجة رغم أن بعض الأهداف لم يكتمل تحقيقها بعد، يُمكن أن يكون نافعاً.

قد يعمل بعض الأطباء الإكلينيكيين في أوضاع أو تحت خُطط تعويضٍ وَضعت حدوداً للجلسة الثابتة الحازمة. فعلى سبيل المثال، تحدد مراكز الإرشاد الجامعية وأماكنُ المعالجة الأخرى بشكل متزايد عدد الجلسات المسموح بها للمرضى (Uffelman & Hardin, 2002). وبالمثل، فإن بعض خطط الرعاية المُشرف عليها (Managed Care). برامج مساعدة الموظف (Employee Assistance Programs) يُمكن أن تحدد عدد الجلسات التي سيقومون بدفع تكاليفها. وتُسمى الإنهاءات التي تحدث بواسطة هذه الاعتبارات التركيبية (الأساسية) بالإنهاءات الإجبارية (Forced termination). ويُمكن أن تتقاطع (تتداخل) الإنهاءات الإجبارية مع قضايا الأطباء الإكلينيكيين المتعلقة بالفقد والتخلي، ومع احتياجاتهم للكمال والضبط (السيطرة والتحكم). وتستطيع الإنهاءات الإجبارية أن تتحدى شعور الأطباء الإكلينيكيين بالراحة جرّاءَ هويتهم المهنية (Professional Identity) وتجعلهم يَشُكون بقيمة عملهم.

ويُمكن للإنهاءات العادية أيضاً أن تَعرِضَ مشاعر الفقد، والذنب، والخزي (الخجل)، والتخلي

(الاستسلام)، أو الفخر، والقدرة الكلية (الاستطاعة)، والحماس، وذلك اعتماداً على نظرة الطبيب الإكلينيكي العالمية. ويعد الأطباء الإكلينيكيون الذين ينظرون إلى الإنهاءات بطريقة سلبية، من ناحية أكثر احتمالاً للمعاناة من الاحتراق (Noy-Sharav, 1998). في حين أن الأطباء الإكلينيكيين الذين يتبنون وجهات نظر إيجابية نحو الإنهاء –إذ يرونه على أنه إدراك وفهم لقدرة المريض على مواصلة التغيير أو على أنه مظهر صحي للمعالجة– يتعاملون مع الإنهاء بإيجابية أكثر، وذلك كما يعمل مرضاهم (Noy-Sharav, 1998).

وعلى الرغم من أننا نتحدث عن الديناميكيات الفردية وكيفية تأثيرها على عملية الإنهاء، إلا أن الإنهاء يُمكن أن يكون مُتأثراً أيضاً بالديناميكيات المتعلقة بنوع جنس الأطباء الإكلينيكيين أو ثقافتهم، وذلك كما في المثال الآتي:

قد تُعزز وتدعم المُعالِجَةُ الأُنثى التعابير عن مشاعر الانتقال والتحويل نحوها بإيجابية؛ إذ ستكون أكثر حساسية لاحتياجات المريض الذكر للتصرف بشكل مستقل دون إظهار اهتمام أو قلق بأفكارها واحتياجاتها. قد يُشجع المعالج العلاقات المُطولة حتى بعد الإنهاء، على سبيل المثال، من خلال مقابلات المتابعة المتكررة. وإذا كان التناقض بين احتياجات المعالج والمريض كبيراً ... فإن الإنهاء قد "يفشل" مع المريض الذي يترك المعالجة بتمرد قبل التاريخ المُخطط للإنهاء (Noy-Sharav, 1998, p. 73).

بالمقابل، رُبما يدرك الأطباء الإكلينيكيون ذوو حاجات الاستقلال (الحكم) الذاتي العالية وتوقعات الاستقلالية –في الولايات المتحدة وغالباً الذكور– رغبة المريض بتمديد المعالجة على أنها دليل لاحتياجات التبعية المستمرة والتفاعل بإثارة أو انزعاج. وفي كل من هذه الأمثلة، ليست المشكلة بأن الأطباء الإكلينيكيين يقاومون جرّاء هذه المشاعر لكنّ المشكلة عندما يتصرفون دون وعي. وفي مثل هذه المسائل، فهم أكثر احتمالاً لتسليط مشاعرهم واحتياجاتهم الخاصة على مرضاهم، ولفقد القدرة على استغلال المشاعر بطرق علاجية، وللتصرف بطرق تُسبب أو تزيد من قلق مرضاهم واعتماديتهم وشعورهم بالذنب.

ردود أفعال المرضى Clients' Reactions

يتفاوت المرضى –بشكل مماثل– في ردود أفعالهم تجاه إنهاء المعالجة تبعاً لوجهات نظرهم العالمية، وبشكل خاص لاتجاهاتهم المتعلقة بالارتباطات والخسارة. ويُواجه بعض المرضى انفعلات إيجابية أثناء الإنهاء، ويستغلون هذه الفترة على أنها فرصة للاستكشاف وقبول الخسائر الأخرى. في حين أن المرضى الآخرين قادرون على قبول مشاعر الكفاءة والأهلية ونقلها إلى أجزاء أخرى من

حياتهم. بالمقابل، يشعر بعض المرضى بأنهم متروكون (مُتخلى عنهم) أو مرفوضون (مُهملون)، وقد يُغادرون المعالجة مبكراً وبشكل مفاجئ بدلاً من أن يواجهوا الألم الذي قد يظهر أثناء الإنهاء. أما المرضى الآخرون فيتراجعون إلى استراتيجيات سابقة سيئة التكيف لمعالجة المشكلات. وقد تحدث ردود الأفعال هذه عندما يفكر المريض –وأحياناً الطبيب الإكلينيكي- بشكل ثنائي، ويُخفق بتذكر أن الافتراق الجسدي الذي يحدث بين المريض والطبيب الإكلينيكي بعد الإنهاء ليس بالضرورة أن يُسبب خسارة نفسية للطبيب الإكلينيكي من قبل المريض (Schafer, 2002). في الواقع، قد يواصل الأطباء الإكلينيكيون إراحة (مساعدة) وتوجيه وتعليم مرضاهم سنوات بعد الإنهاء من المعالجة من خلال الرسائل المُستلهمة التي يُنشؤها المرضى أثناء المعالجة. ويُمكن أيضاً أن يُساعد الأطباء الإكلينيكيون المرضى على تطوير واستخدام هذه الرسائل أثناء المعالجة حتى تكون هذه المهارة مُتقبلة وسهلة المنال في الأغراض والقضايا اللاحقة.

في بعض الحالات، قد تعكس ردود أفعال المريض اتجاهات الأطباء الإكلينيكيين الخاصة حول الإنهاءات بشكل عام والإنهاء من العلاج بشكل خاص (Noy-Sharav, 1998; Schafer, 2002). ويُمكن أن تتدخل (تتصادم) مشاعر الأطباء الإكلينيكيين المُترددة مع قدرة مرضاهم على معالجة المشاعر عند نهاية المعالجة أو على نقل المهارات الإيجابية من المعالجة إلى أماكن أخرى. ربما أثرت احتياجات الدكتور كابلان الشخصية والخاصة وديناميكياته واتجاهاته حول المعالجة على ردود أفعاله تجاه قرار الآنسة ساكس بترك المعالجة. قد يُقوّض (يُضعف ويقلل من شأن) الأطباء الإكلينيكيين بشكل غير مقصود أو غير واعٍ ردود أفعال مرضاهم نحو الإنهاء من خلال فهم وإدراك ردود الأفعال هذه على أنها مقاومة أو تجنبٍ للقضايا العلاجية. ويُدرك الأطباء الإكلينيكيون التعاطفيون كلاً من مخاوف المرضى وآمالهم، ويستخدمون تقييمهم للديناميكيات البارزة خلال هذه الفترة لتوجيه تطويرهم للتدخلات أثناء هذه المرحلة من المعالجة.

ممارسة إكلينيكية Clinical Practice

أدرك مارتن أثناء الاستشارة مع زميله بأن إحساس ومشاعر مريضته شارلين بالميل إلى الانتحار زادت كلما اقتربا من الإنهاء. ولاحظ أيضاً أنه أصبح أكثر قلقاً وتشاؤماً وأقل تفاؤلاً بسبب أنها أصبحت تميل للانتحار على نحو متزايد. علاوةً على ذلك، أدرك أن بعضاً من ردود أفعاله ربما تكون نتيجة للمشاعر غير المعالجة المتعلقة بانتحار والدته. ما التوصيات التي يُمكن أن تمنحها للدكتور كابلان في هذا الموضوع؟

الأهداف المتعلقة بنهاية (إنهاء) المعالجة
Goals for fhe fnd of Treatment

ما تكسبه جرّاء إنجاز أهدافك ليس بمثل أهمية ما تُصبحُ عليه جرّاء ذلك.
Zig Ziglar

لعملية المعالجة نمطٌ وأسلوب -كما وُصف في الفصلين العاشر والثاني عشر- فبداية المعالجة تركز على الارتباط (الانضمام) والتقييم أكثر، أما منتصف المعالجة فيركز على وضع خطة المعالجة موضع التنفيذ، في حين تركز الأجزاء الأخيرة من المعالجة على نقل (الانتقال أو التحويل-Transfer) وتعميم (Generalization) المهارات عبر الأوضاع والأماكن (Ivey & Ivey, 2003). وتعميم ونقل المهارات من المعالجة إلى العالم الحقيقي هو في أغلب الأحيان جزء ضروري وأساسي من عملية المعالجة، على الرغم من ذلك ليس مؤكداً في كل منهج نظري (Ivey & Ivey, 2003; Prochaska & Norcross, 2001).

يحتاج المرضى إلى أن يُميزوا طرقاً يكونون قادرين من خلالها على أن يكونوا حازمين مع أصدقائهم وعائلاتهم بالإضافة إلى أطبائهم الإكلينيكيين. وهم يحتاجون إلى أن يدركوا أنفسهم كأشخاص كفؤين ومؤهلين بدلاً من أشخاصٍ معتمدين على خبرة (معرفة) ونباهة طبيبهم الإكلينيكي (Curtis, 2002; Epston & White, 1995; Goldfried, 2002; L. S. Greenberg, 2002; Wachtel, 2002). ويجب أن يكون المرضى قادرين على كشف الذات بأمان، وعلى تحدي إدراكاتهم السلبية داخل وخارج العلاج على حدٍ سواء. علاوةً على ذلك، يحتاج المرضى إلى أن يكونوا قادرين على الاستمرار باستخدام هذه المهارات لمدة طويلة بعد أن انتهى العلاج (Prochaska & Norcross, 2001). وتؤكد بعض منهجيات التغيير -بما فيها مُعالجات مُدمني الخمور المجهولين وبعض المعالجات الأخرى لإساءة استخدام المواد- على أهمية نقل وحفظ المهارات (مثل: البقاء رزيناً يوماً كل مرة).

وبشكل عام، غالباً ما يشترك الأطباء الإكلينيكيون من توجهات نظرية مختلفة بنفس الأهداف المتعلقة بإنهاء المعالجة (شاهد الجدول 13.1 لنظرة عامة). وكما وُصف في هذا الجدول، فإن العديد من الأطباء الإكلينيكيين يحاولون تشجيع مرضاهم ليشعروا أنهم قادرون على مواصلة عملهم بعد انتهاء المعالجة. إنهم يوازنون القوة في العلاقة من أجل تشجيع وتمكين مرضاهم، وزيادة كفاءتهم (كفاءة المرضى) الذاتية، ومساعدتهم على أن يُصبحوا مُعالجيهم الخاصين (Curtis, 2002; Epston & White, 1995; Goldfried, 2002, L. S. Greenberg, 2002; Wachtel, 2002). وبدلاً من قبول كل الاعتماد (المعطيات) المتعلق بالتغييرات التي وُضعت خلال المعالجة، فإن الأطباء الإكلينيكيين يعترفون بأن عملهم كان تعاونياً بطبيعته، وبأنهم يُشجعون المرضى على امتلاك هذه التغييرات والاعتراف بها.

جدول (13.1):

المبادئ الموجهة للإنهاء من المعالجة

1. **التغيير عملية مستمرة، لا يبدأ ولا ينتهي في غرفة العلاج.**
2. **المريض كائن مُستقل ذاتياً، ويجب أن يكون فعالاً ونشطاً في توجيه عملية الإنهاء.**
3. **يجب أن يكون الإنهاء عملية مخططة، على الرغم من أن طول وعمق هذه الخُطط يعتمد على موقف الطبيب الإكلينيكي النظري. يجب على الطبيب الإكلينيكي والمريض –بشكل خاص– أن:**
   - أ. **يُميزا طرقاً لدعم المكاسب التي وقعت أثناء المعالجة، ويطوّرا قصصاً حول المعالجة والإنهاء تترك المريض في موقف الواثق، ويُراجعا الآليات التي حُققت من خلالها هذه المكاسب.**
   - ب. **يُحضرا ويُهيئا للإنهاء، بما في ذلك مناقشة المشاعر الصعبة (وغالباً الطبيعية) المرتبطة بالإنهاء والتي تتضمن الخسارة، والقلق، والمخاوف حول المستقبل. ويجب أن تتضاءل الجلسات بما يتناسب مع طول وعمق المعالجة.**
   - ج. **يتوقعا المشكلات التي تتبع غالباً إنهاء العلاج، بما في ذلك الهفوات وطرق الاستجابة لهذه الهفوات.**
   - د. **يتركا الباب مفتوحاً أمام الاستشارات المستقبلية دون تعزيز الاعتمادية والتبعية.**
4. **يجب أن تُشجع وتُمَكّن عمليتا المعالجة والإنهاء المرضى، وأن تُعززا كفاءتهم الذاتية. ويجب أن تُعزى (تنسب) المكاسب في المقام الأول إلى جهود المرضى فضلاً عن مهارة أو نباهة الطبيب الإكلينيكية.**

ملاحظة: عُدّل من قبل (L.S.Greenberg, 2002).

موازنة ردود الأفعال المُقاومة (المعارضة) للإنهاء

Balancing Opposing Reactions to Termination

يُمكن أن يكون الإنهاء –كما وصف سابقاً– عملية مُثيرة. لكنها أيضاً مميزة بمشاعر الخسارة وكذلك التخلي. وتدرك (تعترف وتقدر) منهجيات الإنهاء التعاطفية من المعالجة كُلاً من هذه الأطراف: المكاسب والكفاءة المتزايدة واللذان طوّرا عبر المعالجة، وكذلك التبعية، والمخاوف المتعلقة بالانتكاس، والقلق حول فقد علاقة مهمة. وقد يؤكد بعض المرضى والأطباء الإكلينيكيين على جانب واحد دون الآخر. فعلى سبيل المثال، ربما يفترضون أن مريضاً مُعيناً ليس كفؤاً وسيجد صعوبة في الاستمرار لوحده، أو ربما يتآمرون بالاتفاق على أن المريض بحالة جيدة، وليس لديه مخاوف تتعلق بالإنهاء، ولن يكون لديه صعوبة بالبقاء على المسار الصحيح. وفي معظم الحالات، كلتا المجموعتان من المخاوف والاهتمامات موجودة ويجب أن تُعالجا: المريض قوي ومؤهل، لكن، مثل أشخاص آخرين، سيواجه فترات أفضل وأسوأ في المستقبل.

يُمكن أن تساعد مناقشة هذه المشاعر المختلطة والمشوّشة (المركبة والمتداخلة) المرضى على أن يُعززوا ويدعموا التغييرات التي أحدثوها أثناء المعالجة، وعلى أن يطوروا قصصاً إيجابية تتعلق

بالمعالجة وبعملهم فيها وبعلاقتهم مع طبيبهم الإكلينيكي (Epston & White, 1995; Wachtel, 2002). إن ذلك يُساهم على أن يُميزوا طرقاً إيجابية ومُشجعة على النمو لإدراك المشاعر السلبية.

Food For Thought غذاء للفكر

لفهم هذه الأفكار أكثر، راجع كيف وازن واكتيل (Wachtel, 2002) والدكتور كابلان في مادة الحالة المعروضة مسبقاً في هذا الفصل-هذه المشاعر المتعارضة ومهام نهاية المعالجة. كيف استجابا لهذه المهام؟ ما الذي عملاه بشكل جيد أو لم يعملاه بشكل جيد جداً؟

منع الانتكاس (المعاودة) Relapse Prevention

لكل شخص تقلبات، أيام جيدة وأخرى سيئة؛ لذا فإن المهمة الهامة بشكل خاص للمعالجة هي منع الانتكاس (المعاودة). ويتضمن منع الانتكاس نقل المهارات إلى مواقف وأوضاع أخرى، وتمييز استراتيجيات لحفظ المهارات عبر الوقت، ومنع الهفوات (Prochaska, 1999; Prochaska & DiClemente, 1982).

وكما وصف في الفصل الثامن، فهنالك مظهران أساسيان لخفض تكرار وتأثير الهفوات، وهما: (1) إزالة مثيرات السلوك المُشْكِل (مثل: السأم (الملل والضجر)، والوحدة، والإجهاد، والمحفزات البيئية المرتبطة بالسلوك)، (ب) تحدي الإدراك السلبي وردود الأفعال العاطفية نحو الهفوات. ويعد الأشخاص ذوو الكفاءة الذاتية العالية والعزو الذاتي الإيجابي اللاحق للهفوة (الذي يَتبع الهفوة) أقل احتمالاً للوقوع بها مرة ثانية، لذا فإن هذه التصورات الذاتية (الكفاءة العالية والعزو الإيجابي) يجب أن تُشجع وتعزز أثناء المعالجة (Shiffman et al., 1996).

في بعض الحالات، من الممكن أن يكون مفيداً مُساعدة عائلة المرضى على إعادة التعبير عن معنى الهفوات، بما أنهم قد يعتقدون أيضاً أن الهفوة تشير إلى الرجوع والعودة إلى المتلازمة (الأعراض المتزامنة) التامة التي جلبت المريض إلى المعالجة. وبشكل عام، عندما يكون أفراد العائلة ناقدين، أو حاسمين (شديدين) في العاطفة المُعبر عنها، أو محزونين وكئيبين، فإن المرضى الذين يُعانون من أنواع مختلفة من الأمراض العقلية الخطيرة مُعرضون لخطر انتكاس أعلى (Hinrichesen & Pollack, 1997; Hooley & Hiller, 2002; Hooley & Teasdale, 1989; O'Farrel, Hooley, Fals-Stewart, & Cutter, 1989).

وعلى الرغم من أن الانتقاد والانفعالات السلبية الأخرى تتنبأ بالانتكاس، إلا أن الدفء العائلي (في العلاقات العائلية) يُخفض من احتمالية الانتكاس (Lopez et al., 2004). علاوةً على ذلك، تعتمد الأهمية النسبية للدفء العائلي والانتقاد على الثقافة. فعلى سبيل المثال، وجدت إحدى

الدراسات التي أُجريت على أشخاص يُعانون من داء الفصام أن مستويات الدفء العائلي المنخفضة قد تنبأت بالانتكاس بالنسبة للأمريكيين المكسيكيين، بينما تنبأت مستويات الانتقاد العالية (النقد اللاذع) بالانتكاس بشكل أفضل بالنسبة للأمريكيين الأوروبيين (Lopez et al., 2004).

ممارسة إكلينيكية Clinical Practice

كان لآمبر تاريخٌ من شرب الكحول الشديد طوال سنوات بلوغها. وقد أُحبِط زوجها وبناتها بسبب شربها للكحول، وهم -بالرغم من أنها كانت مُمتنعة عن الشرب خلال الخمسة عشر شهراً الماضية وعالجت الإشارات والإلماحات التي يُمكن أن تتسبب بشربها للكحول- خائفون من أنها لن تكون قادرة على البقاء دون الكحول. ما الرسائل التي يُمكن أن تمنحها لآمبر وعائلتها في نهاية المعالجة؟ كيف تصوغ هذه الرسائل؟ هل تؤثر حقيقة أن والدتها لاتينية ووالدها أمريكي ألماني على تدخلك؟

الممارسة الإكلينيكية الجيدة أثناء الإنهاء
Good Clinical Practice During Termination

هذه الحياة حياتك. اتخذ القدرة والقوة لتختار ما تريد عمله واعمله على نحو جيد.
Susan Polis Schutz

على الرغم من أن الأطباء الإكلينيكيين ليسوا بحاجة إلى أن يستمروا برؤية مرضاهم للأبد -وبالرغم من أن الدكتور كابلان ليس بحاجة إلى أن يستمر برؤية الآنسة ساكس- إلا أنه يجب عليهم أن يوازنوا واجبهم بالقياس إلى مرضاهم، وإلى حقهم بإنهاء المعالجة تحت بعض الظروف، وإلى حق مرضاهم بتجنب أن يكونوا متروكين (Younggren & Gottlieb, 2008). يقوم الأطباء الحُكماء (واسعو الإطلاع والثقافة) بعدد من الأمور لإدارة مُجازفتهم في حالة الإنهار المتكرر المفاجئ أو أُحادي الجانب (Knapp & VandeCreek, 2006 Younggren & Gottlieb, 2008)، ويظهر في الجدول (13.2) بعضاً من تلك الأمور. وبدلاً من استباق النتائج حول معنى سلوك مرضاهم المُشكل (الصعب)، فإن الأطباء الإكلينيكيين يُناقشون مخاوفهم واهتماماتهم مع مرضاهم. فعلى سبيل المثال، من المحتمل أنه كان يُمكن أن يُسيء الطبيب الإكلينيكي فهم سلوك المريض (مثل: قد يعكس ما فكر به الطبيب الإكلينيكي سلوك ملاحقة وملاحظة المريض الذي قد يكون بسبب حقيقة أن المريض يمتلك عملاً تجارياً في الشارع الذي يقع فيه تكتب الطبيب الإكلينيكي. علاوةً على ذلك، يُمكن أن يكون سلوك المرضى المُشكِل انعكاساً للقضايا ذاتها التي جلبتهم إلى المعالجة (مثل: الخوف من الأماكن العامة، أو التفكير المزمن بالانتحار، أو التشويش (إفساد النظام والإخلال به)).

وكما نُوقش سابقاً، فإن خطر الإجراء القانوني أو الدعوى القضائية يغدو متدنياً متى ما انشغل

الأطباء الإكلينيكيون بالممارسة الإكلينيكية. وكما هو موصوف في الجدول (13.1)، فإن الأطباء الإكلينيكيين يُقللون من الخطر والمجازفة عندما يقدمون ملاحظة (بياناً) معقولة للتوقف أو إنهاء الخدمات، ويبذلون جهوداً حسنة النيّة لتسهيل نقل مرضاهم إلى خدمات أخرى ملائمة، ويكونون مراعيين لمشاعر مرضاهم ومحترمين لحاجاتهم (Bennett et al., 2006). إن اشتراط عملية الموافقة البسيطة الدقيقة ووصف حقوق المرضى ومسؤولياتهم في بداية المعالجة –بالإضافة إلى عواقب الإخفاق بتلبية التوقعات المعقولة- يُمكن أن يجعل القرارات الإكلينيكية مفهومة أكثر بالنسبة للمرضى، ويجعل القرار بإنهاء المعالجة أقل إشكالاً (Younggren & Gottlieb, 2008). واعتماداً على مجموعات السكان التي يعمل معها الفرد وتوجهه النظري، فإن عملية الموافقة المسبقة قد تتضمن مناقشات للمسؤوليات المالية، وللمواعيد المُتغيب عنها، وللتغطية الهاتفية خلال العُطل. وقد تتضمن الممارسة الإكلينيكية الجيدة إنقاصاً لتكرار المعالجة على نحو ملائم، وتقديم توصيات معقولة بالعناية اللاحقة (الرعاية البعدية)، وتقييم الأذى المُحتمل نحو النفس والآخرين. وتتنوع الممارسة الإكلينيكية الجيدة تبعاً للتوجه النظري، لكن يجب أن تكون مُبررة ضمن ذلك التوجه النظري. فعلى سبيل المثال، لا يُمارس الأطباء الإكلينيكيون الذين يُقدمون علاجات عميقة طويلة الأمد ويُنهون المعالجة فجأة على نحو منتظم دون دراسة قضايا الخسارة والفقد التي نشأت من خلال الإنهاء عملهم ضمن معيار المهنة المتعلق بالرعاية والاهتمام.

جدول (13.2):

بعض الأسئلة التي يتعين على الأطباء الإكلينيكيين أن يأخذوها بعين الاعتبار في سياق كلٍ من الإنهاء العادي والمفاجيء

1. **هل نَاقشتُ عملية الإنهاء المقترحة وأية مخاوف أُثيرت وبرزت مع مريضي؟ هل قدمت خيارات معقولة للرعاية اللاحقة؟**
2. **هل تحترم عملية الإنهاء مشكلات مريضي الحالية وحاجاته المستمرة؟**
3. **هل تتسق عملية الإنهاء المقترحة مع أنموذجي النظري؟**
4. **هل تتسق عملية الإنهاء المقترحة مع تلك الموصوفة خلال المناقشات وأثناء عملية الموافقة المسبقة الأولية؟**
5. **إذا برزت مشكلات بسبب إنهاء المعالجة، فهل ناقشتها بالتشاور أو بالإشراف؟ هل استنتج المستشارون أن عملية الإنهاء المقترحة كانت مناسبة ومنسجمة مع الإرشادات الأخلاقية ومعايير الرعاية؟**
6. **هل وَثّقت بدقة عملية الإنهاء وخاصة عملية الإنهاء المفاجيء؟**
7. **بعد تحديد القرار المناسب وعملية الإنهاء، هل أتبعُها بطريقة محترمة ومنسجمة؟**

ملحوظة: من (Knapp & VandeCreek.2005; Younggren & Gottlieb. 2008)

استراتيجيات لمساعدة المرضى على الاعتراف بتغييرهم

Strategies for Helping Clients to Own Their Change

أشار إبستون ووايت (Epston & White, 1995) إلى أن الأطباء الإكلينيكيين غالباً ما يُغالون في تأكيد الخسارة والفقد في العلاج، والذي "يُعزز التبعية والاعتماد بشكل دقيق لشخص يلتمس من المعالجة المساعدة والمساندة على (المعرفة التخصصية)" (pp. 339-340). وبدلاً من ذلك، يُمكن أن يُدرك إنهاء المعالجة على أنه فترة مهمة يُمكن أن يستكشف خلالها المرضى الطرق التي حلّوا بها وتغلبوا على مشكلاتهم داخل وخارج العلاج على حد سواء؛ الفترة التي يبدؤون عبرها يدركون أنفسهم كخبراء وثقات في حياتهم الخاصة وعملية تغييرهم. ومما لا ريب فيه أن عزو عملية التغيير للمرضى تتطلب من الطبيب الإكلينيكي أن يمتلك مقداراً مؤكداً من الثقة (Noy-Sharva, 1998). وكما وصف في الفصل الثاني عشر، فإن الأطباء الإكلينيكيين يمكن أن يستخدموا التساؤل كعنصر مُكمل لعملية التغيير مُساعدين مرضاهم على أن يكونوا مُحبين للاستطلاع فيما يتعلق بعملية التغيير، وعلى الاعتراف بتغييرهم بدلاً من عزوه إلى شخص آخر أو إلى قوة خارج سيطرتهم، وعلى أن يشعروا أنهم أكثر تشجيعاً وتمكيناً ومُسيطرين من حيث هم موجودون (Epston & White, 1995). ولمساعدة المرضى على أن يُميزوا ويدركوا دورهم في عملية التغيير، فإن الأطباء الإكلينيكيين يمكن أن يطرحوا الأسئلة، وذلك مثل:

- "تخيل لو أن لديَّ مريضاً يُعاني من مشكلات مشابهة للمشكلات التي كنت تعاني منها. ما النصيحة التي تقدمها لهذا الشخص تبعاً لما تعرفه الآن؟"
- "لو أني قابلتك في فترة سابقة في حياتك، فما الذي كنت سأراه أو أدركه ليجعلني أعرف بأنك كنت ستتحرر هذه المشكلة؟"
- "عندما تفكر بما قمنا بعمله معاً، ما هي الأمور الأكثر أهمية التي تعلمتها عن نفسك وعلاقاتك؟"
- "كيف سيواصل ما تعلمته هنا التأثير على القرارات التي تتخذها في الحياة والكيفية التي ترى بها نفسك؟ باستخدام هذه المهارات، أين ستكون خلال خمس سنوات؟

يدخل كثير من المرضى المعالجة مفترضين أن التغيير يُعمل لهم بدلاً من بِهم (أي من خلالهم). وهم يعتقدون أحياناً أن أطبائهم الإكلينيكيين يمتلكون عصا سحرية (أو كرة بلورية أو آلة الزمن). لاحظ كيف تقوّض هذه الأسئلة هذه الافتراضات وتفترض بحَزم بأن المريض (بمساعدة الطبيب الإكلينيكي) صَنَعَ التغيير، وامتلك المهارات الضرورية للتغيير، وسيكون قادراً على الاستمرار بتوسيع عملية التغيير هذه.

معالجة وضبط الانهاءات الصعبة Handling Difficult Terminations

تُعد معظم الإنهاءات من المعالجة سهلة وبسيطة (مباشرة). وعندما لا تكون كذلك، فإن على الأطباء الإكلينيكيين أن يُناقشوا العملية بواسطة الإشراف والاستشارات (مؤتمرات الاستشارة والإرشاد) (Bennett et al., 2006; Knapp & VandeCreek, 2006 Younggren & Gottlieb, 2008). علاوةً على ذلك، يجب أن يتم توثيق كل من العوامل التي تؤثر على القرار بالإنهاء، والتوصيات القائمة أثناء الاستشارات (مؤتمرات، الاستشارة والإرشاد)، وحالة المريض العقلية خلال عملية الإنهاء، وطبيعة توصيات الرعاية اللاحقة بدقة وحرص.

وقد يتخذ الأطباء الإكلينيكيون في النهاية –بعد الاستشارة والدراسة الدقيقة- القرار المتعلق بالإنهاء والذي قد يتعارض ويختلف به المرضى. وقد يعتقد الأطباء الإكلينيكيون، على سبيل المثال، إنهم لا يمتلكون المستوى الملائم من الكفاءة للعمل مع المريض والمشكلة المُقدمة، في حين قد يُجادل مريضهم بأنه ذلك لا يُهم. وقد استنتج يونجرين وغوتليب بوضوح شديد أنه ليس من الحكمة التردد بشأن الإنهاء استجابةً لمُضايقات المرضى أو مخاوفهم. فالقيام بذلك يُمكن أن يُقوّض المعالجة ويُعزز المُناورة (التلاعب) أو سلوك تدمير الذات (السلوك الفاشل). وحتى في مثل هذه الأوضاع فإن العملية يجب ألا تكون وضيعة أو عديمة الاحترام، بل يجب أن تكون تعاطفية ومراعية لشعور الآخرين ودافئة، وكذلك حازمة.

عملية الإخراج ومُلخص الإخراج
The Discharge Process and Discharge Summary

أردت إنهاءً مثالياً. لقد تعلمت الآن - بصعوبة- أن بعض القصائد بلا قافية، وبعض القصص بلا بداية ولا منتصف ولا نهاية واضحة.
Gilda Rander

حتى أثناء الإنهاء العادي –كما وصف سابقاً- هنالك عدد من القضايا الملموسة التي من الضرورية أن تُعالج قبل أن تنتهي المعالجة. وهذه القضايا تتضمن: دعم المهارات الانفعالية والمعرفية والسلوكية المُتطورة خلال المعالجة؛ وتطوير استراتيجيات لمنع الهفوات وللاستجابة على نحو جيد نحوها حيث تحدث؛ والتأكيد بأن المريض يمتلك نظام مساندة اجتماعي في موضعه الملائم؛ وتمييز ملائمة خفض الخدمات التدريجي، متى كان ملائماً. وقد يتضمن الخفض التدريجي للخدمات تردداً أقل على جلسات العلاج، أو مشروطية (قيد) معالجة أقل تركزاً وكثافة (مثل: معالجة مريض العيادة الخارجية بعد المعالجة داخل المستشفى)، أو مجموعات المساعدة الذاتية، أو استخدام خطأ الأزمة.

وسواءً تمت الموافقة على الإخراج من المعالجة بشكل مشترك أم لم تتم، فإن على الأطباء

الإكلينيكيين أن يكتبوا ملخص الإخراج. ويُمكن أن يكون هذا الملخص قصيراً نسبياً، لكن يجب أن يصف التقدم بإيجاز، بالإضافة إلى القضايا التي تبقى عالقة وبارزة (Younggren & Gottlieb, 2008). ويجب أن تتضمن التقارير توصيات ما بعد الإنهاء، والتي تتضمن الإحالات (Referrals) للخدمات الأقل درجة. ويظهر في الجدول (13.3) مقطعاً لملخص الإخراج المتعلق بجين (Jayne – الفصل التاسع). وكما هو الحال مع الكتابة الإكلينيكية الأخرى، فإن ملخصات الإخراج يجب أن تكون واضحة، ومُتسمة ودالة على الاحترام، ويجب أن تتوصل إلى استنتاجات ملائمة بينما تبقى مؤقتة (تجريبية وغير نهائية) فيما يتعلق بسمات حالة المريض التي تواصل عدم وضوحها. ولأن ملخصات الإخراج مطلوبة أحياناً من قبل طرف ثالث في وقت لاحق (مثل: المحامون، والأطباء، والأطباء الإكلينيكيون، والإكلينيكيون الآخرون)، فإنها يجب ألا تتضمن معلومات بلا مبرر ولا مسوّغ. فعلى سبيل المثال، من المحتمل ألا يكون مناسباً لملخص إخراج طفل من معالجة اضطراب التوحد أن يتضمن الملخص ما يتعلق بتاريخ الأم من النكاح المحرم (زنى المحارم) –ما لم تكن حالة الأم النفسية السيئة قد أثرت على تطبيق أهداف المعالجة.

جدول (13.3):

ملخص الإخراج لجين روميرو (عينة)

صوفي كاتاوني، ماجستير في العمل الاجتماعي

باحثة اجتماعية إكلينيكية مُجازة

شارع فن 1467، بناية 232

نيويورك، NY 10037

ملخص إخراج

الاسم: جين روميرو

تاريخ الميلاد: 3/30/1995

تاريخ المعالجة (شامل): 1/15/2008 – 5/4/2009

المعلومات المُساعدة: جين فتاة جذابة تبلغ من العمر (14) عاماً، من لاتينا القديمة، وهي في الصف التاسع. تعيش مع والديها اللذين ولدا وترعرعا في بورتوريكو، ومع أختيها الأصغر البالغتين من العمر (12 و9) أعوام، وجدتها لأمها، وجميعهم يتمتعون بصحة جيدة. أُحيلت جين للعلاج النفسي الخارجي بعد أن اتُهِمَ جارهم البالغ بأنه قد آذاها واعتدى عليها، وبعد تكرار تغيبها عن المدرسة، وإدخالها المستشفى لفترة وجيزة جرّاء تفكيرها بالانتحار. وأشارت خلال إقامتها في

المستشفى إلى تاريخ جديد من أعراض الاكتئاب المعتدل، وتكرر الأفكار التدخلية، وذكريات الماضي والكوابيس العرضية. وأشارت خلال فترة العلاج الخارجي إلى سلوك ايذاء الذات المعتدل الذي يحصل أحياناً، إضافةً إلى التفكير المتوسط بالانتحار، والانسحاب الإجتماعي البارز، وعدم القدرة على التركيز أثناء المدرسة وعند أداء الواجب البيتي، وعدم الثقة بالعائلة والأصدقاء، مع علاقات متقلبة معهم. لقد كانت علامات جين خلال المرحلة الأساسية في المدرسة جيدة. وكانت نشيطة في المجتمع، ولديها العديد من الأصدقاء الجيدين، والعلاقات القوية مع عائلتها. برعت جين في الألعاب الرياضة المنظمة (كرة الطائرة والكرة الناعمة) والموسيقى (البيانو).

وخلال مسار العلاج، تعاقدت جين على خفض أعراض الاكتئاب، والتعامل مع المشاعر بطريقة إيجابية، وتطوير علاقات أكثر إيجابية مع نفسها ومع الآخرين. وكانت تتم مشاهدتها أسبوعياً تقريباً، (42) مرة كما هو في هذا التقرير، رغم أنه تمت رؤيتها من قبل معالج خارجي آخر لمدة ثلاثة شهور قبل تحويل الخدمات. وأُدخلت جين المستشفى أربعة مرات قبل تحويلها إلى هذا المعالج وثلاثة مرات بعد تحويلها، وذلك مؤخراً جداً في تشرين الأول عام 2008. الآن، تتاول جين دواء (Lexapro, 20 mg) لخفض أعراض الاكتئاب وذلك تبعاً لوصفة طبيبها النفسي (الدكتور سامسون)، وتستخدم كذلك دواءً للاستنشاق وصفه طبيبها (غارسيا).

التشخيص عند الإخراج

I. 309.81 اضطرابات ضغط ما بعد الصدمة
300.4 اضطراب الإعياء العقلي

II. 799.9 تشخيص مؤجل

III. ضيق تنفس (ربو) بسبب التمرين

IV. حاد: مشكلات بالمدرسة، نظام الدعم الأساسي.

V. درجة GAF الحالية: 60، في بداية المعالجة: 45

التقييم: تُعتبر جين ذكية حول المعدل أو أعلى من المعدل رغم أنها كانت مُخفقة في الصف الثامن عندما رأيناها لأول مرة. وهي لطيفة ومتعاونة سطحياً، ولديها مهارات اجتماعية جيدة، تُحدث تواصلاً بصرياً جيداً رغم أنها اعترفت أنها تمتلك صعوبات في الكشف عن ذاتها للآخرين وفي أن تكون حازمة معهم. إن تعلقُها (إصدارها للأحكام) وسيطرتها على اندفاعها وأهوائها عادلٌ ومناسب بشكل عام، رغم أنه سيء عندما تكون برفقة أقرانها. وبينما تبدو جين تميل إلى الانتحار في أول موافَقَتَي دُخولٍ إلى المصحة النفسية بالقياس إلى الموافقة الثالثة، فإنها قد

اهتمت بالإبلاغ عن أعراض أكثر من اللازم منذ ذلك الحين حتى تتجنب الاختبارات الواسعة، أو المشاريع، أو الدراسات في المدرسة. وعند عدم وجود ضغوطات في البيت أو المدرسة فإنها تنكر وجود الأعراض. وهذا جعل التقدم مُتناقضاً ومُتضارباً. ويمكن أن تكون جين ممتنعة نفسياً، ولكن يبدو أيضاً أنها تخبر المعالجين ومقدمي الخدمة الآخرين بما تعتقد أنهم يريدون سماعه. فهي متجنبة جداً للمواقف التي من المحتمل أن تحمل أحكاماً سلبية (أحكامها الخاصة أو أحكام الآخرون)، وتنسحب من المعالجة عندما تخاف الحكم أو القرار، حتى عندما يكون الاستسلام وعدم الارتباط غير ملائمين.

الوضع عند الإخراج

لم تختفِ أعراض جين تماماً، رغم أنها انخفضت إلى مستوى مقبول في الوقت الحالي. فهي تذهب إلى المدرسة بانتظام، وتنجح في المساقات، ولم تدخل المستشفى خلال سبعة أشهر تقريباً. وقد أصبح حضورها إلى العلاج -الذي كان منتظماً- متناقضاً وكانت أكثر تشتتاً في الجلسات. وبما أنها الآن في وضع مستقر فقد اتفق كل الأطراف على أن تأخذ استراحة من العلاج النفسي في الوقت الحاضر. لقد ركزت المعالجة في الشهر الماضي على تقوية النظام المساند والداعم لها في المدرسة والمجتمع والبيت، وعلى منع الانتكاسات. وقد وافقت على الاستمرار برؤية طبيبها النفسي بانتظام وأخذ الأدوية كما وصفت لها.

توصيات للمريض

1. واصلي استخدام استراتيجيات الكفاح (التغلب على المشكلات) الإيجابية (مثل: الجري، والتحدث إلى الجدة والمرشد، وتحدي حديث الذات السلبي، والكتابة في المفكرة)، وذلك كما تمت مناقشتها خلال المعالجة.
2. واصلي أخذ المواعيد مع الطبيب النفسي وأخذ الأدوية كما وُصفت.
3. استخدمي استراتيجيات منع الانتكاس على أساس منتظم. ويجب على جين بشكل خاص أن: (أ) تراقب مستويات التوتر والاكتئاب بانتظام خلال اليوم، (ب) تتجنب المثيرات، و(ج) تتحدى تفكيرها حول "الزلات"، متصورة إياها على أنها هفوات وليست انتكاسات.
4. ثمة خدمات إضافية يجب أن تكون مطلوبة، فعلى جين وعائلتها الاتصال بهذا القسم أو أي مزودين آخرين -تبعاً للحاجة- من أجل وضع مواعيد إضافية.

مقدم بكل الاحترام،

صوفيا كاتاوني، ماجستير في العمل الاجتماعي

باحثة اجتماعية إكلينيكية مُجازة

وكما وصف عبر هذا الكتاب، فإن الاستجابة باحترام وتعاطف تجاه المرضى، وإدراك عوامل الخطر ومواجهتها بشكل جيد، والحصول على استشارات مناسبة، وتوثيق القرارات على نحو جيد تعد مظاهر مهمة لاستراتيجية إدارة المخاطر القوية. وكلما زادت إشكالية عملية الإنهاء، كلما كان من الواجب أن يكون التوثيق لتلك العملية أكثر وضوحاً (Bennett et,al., 2006; Younggren & Gottlieb, 2008). ومثل هذا التوثيق يجب أن يتضمن معلومات تسمح للقارىء بفهم السبب الجوهري لإنهاء المعالجة، وأسماء الأطباء الإكلينيكيين والمصادر الأخرى التي تمت استشارتها حول عملية الإنهاء، والخطوات التي اتخذها الطبيب الإكلينيكي لإنهاء المعالجة بطريقة كفؤة وأخلاقية، وتوصيات الرعاية اللاحقة.

ممارسة إكلينيكية Clinical Practice

بالرغم من أن مارتن اعترف بمشاعر الضغط والقلق التي يُعاني منها، والتي كانت تتعلق جزئياً بشارلين، إلا أنه أدرك أنه لا يمتلك في الوقت الحالي الوقت أو المصادر النفسية ليواصل العمل معها، وخاصة منذ أن كشفت –وهي بالمستشفى- أنها واجهت التمييز المتكرر وسلوك إيذاء الذات الشامل، ومحاولات الانتحار المزمنة. ما القضايا التي يجب أن يأخذها مارتن بعين الاعتبار بينما يرتب لنقل شارلين إلى مستوى أكثر ملائمة من رعاية المريض الخارجية؟ ما هي القضايا التي يُكمن أن يُراعيها بينما يُعِدُ إحالاته ويتخذ توصياته؟

الخلاصة Summary

تتبع المعالجة نمطاً تبعاً للقضايا التي عالجتها في نهاية المعالجة، والمختلفة عن بدايتها أو منتصفها. وهذه القضايا تتضمن بشكل خاص نقل المهارات إلى أوضاع أخرى، وزيادة امتلاك المريض لعملية التغيير، ومنع الانتكاس. قد تحدث هذه المهام في وسط المشاعر المختلطة المشوشة بكلٍ من الحماس والأمل، وكذلك الخسارة والترك لكلٍ من المرضى والأطباء الإكلينيكيين. ويجب معالجة هذه المشاعر والمهام بطريقة يكون فيها المرضى على وعي بالمآزق والمخاطر التي من الممكن أن يواجهوها، مع بقائهم متفائلين رغم ذلك إزاء الاستمرار بعملية التغيير التي بدأت في العلاج.

ترتبط جميع التدخلات الإكلينيكية ببعض المخاطر. وفي بعض الأحيان يُمكن أن تكون الإنهاءات التي يبدؤها الأطباء الإكلينيكيون –مع أنها ضرورية أحياناً– مُدركة من قبل المرضى على أنها ترك وتخلٍ. ومع ذلك، يُمكن للأطباء الإكلينيكيين القيام ببعض الأمور لخفض مُجازفتهم بالدعوى الأخلاقية أو الإجراء القانوني المتعلقان بهذه النواحي. وهذا يتضمن الاستجابة باحترام وتعاطف لاحتياجات ومخاوف واهتمامات المرضى، وطلب الاستشارات، وتوثيق قراراتهم وعملية اتخاذ القرار على نحو جيد. وتعد ملخصات الإخراج الدقيقة جزءاً من عملية إدارة المخاطر هذه.

كيف تُطبق هذه القضايا في حياتك وعملك؟

1. لو مررت بعملية العلاج من قبل، فكر بمدى المشاعر التي انتابك عندما انتهى. وإذا لم تكن قد مررت العلاج، فكيف شعرت أثناء الانتقال والتحول المهم في حياتك (مثل: التنقل من مكان لآخر، التخرج، إنهاء علاقة ما)؟ كيف تعاملت مع هذه المشاعر؟
2. إذا مررت بعملية العلاج من قبل، فكيف وَجّه طبيبك إنهاء المعالجة؟ هل تم معالجة القضايا التي أثيرت من قَبل بشكل جيد (L.S. Greenberg, 2008)، والتي تم تلخيصها في الجدول (13.1)؟ وإذا لم تكن قد مررت بعملية العلاج، ففكر بنوعٍ آخر من الانتقال (التحول). وإذا كان ذلك التحول صعباً نوعاً ما، فما الذي يمكن أن يجعله يعملُ بشكل أفضل؟
3. انتبه لمشاعرك فيما يتعلق بالتهذيب، والسيطرة، والكمالية على مدار الأسبوع القادم. متى تملكها أو تريدها؟ متى تكون قادراً على التخلي عنها؟ ماذا يُمكن أن يعني هذا بالنسبة لعملك الإكلينيكي؟

الجزء الخامس 5

استمرارية النمو والتأثير
Continuing Growth and Effectiveness

ناقشنا في الجزء النهائي من الكتاب العديد من القضايا العملية التي سيواجهها الأطباء الإكلينيكيون حتماً في حياتهم المهنية. أولاً، يناقش الفصل الرابع عشر التوترات التي تظهر لدى الأطباء الإكيلنيكيين الذين يُناضلون ليكونوا أخلاقيين وفعالين وتعاطفيين عندما يوازنون المتطلبات المفروضة عليهم باعتبارات العالم الواقعي. أما الفصل الأخير، الفصل الخامس عشر، فيناقش أهمية الرعاية الذاتية المنظمة في المحافظة على الفعالية عند العمل مع الآخرين وتقديم العديد من الأساليب والطرق الملموسة لكي يعتني الشخص بنفسه. وقد ركزنا على أهمية الاشتراك في ممارسات الرعاية الذاتية الجيدة وامتلاك آليات فعالة وآمنة تُمكّن الأطباء الإكلينيكيين من البقاء متسمين بالاحترام والتعاطف حتى عندما يكونون تحت الضغط.

الفصل الرابع عشر 14

العمل الأخلاقي في العالم الحقيقي
Ethical Work in the Real World

إلى أين نتجه؟

1. ما هي الاستراتيجيات التي تساعد الأطباء الإكلينيكيين على البقاء أخلاقيين وتعاطفيين وفعالين في الأوضاع الصعبة؟
2. ما هي تحديات السلوك الأخلاقي المشتركة التي تظهر كنتيجة للمتطلبات المتنافسة الأخرى على الممارسة الإكلينيكية؟
3. كيف تدعم هوية الفرد الشخصية وأخلاقه التصرف بأخلاقية في الأوضاع والمواقف المهنية؟

تلك إقامتنا المتوسطة That's Our Average Stay

روزي جاكسم Rosie Jacasum

أُدخلت روزي جاكسم البالغة من العمر الثامنة والعشرين عاماً مؤخراً إلى "بيت منتصف الطريق – Halfway House" للأمراض النفسية بعد أن أضحت تفكر بشكل متزايد بالانتحار بعد موت ابنيها التوأم اللذين صُدما وقتلا من قبل سائق ثمل. أدركت عموماً إقامتها في "بيت منتصف الطريق" بطرقٍ إيجابية ورأت أن سلوك العاملين يقع ضمن حدود الأخلاق والقيود القانونية، ورغم ذلك أكدت خبرتها الصعوبات التي يمكن أن يواجهها الأطباء الإكلينيكيون في موازنة المعايير الأخلاقية، والمتطلبات القانونية، وتوقعات موقع العمل، والرعاية الفاعلة والتعاطفية.

عندما دخلت روزي البرنامج كانت تسيطر عليها فكرة الانتحار بشدة. وبعد مرور عدة أيام –بعد ابتعادها قليلاً عن ضغوطات الحياة، ومضاد الاكتئاب الجديد– أصبحت قادرة على التفكير بوضوح أكثر بحادثة موت ابنيها واتخاذ قرارات تتعلق بمستقبلها دون التفكير بالانتحار بشكل مباشر. شعرت أنها مرتاحة مع أدويتها الجديدة، وكان لديها مواعيد مع معالجها وطبيبها النفسي المتواجدين خارج المستشفى (العلاج الخارجي)، وكانت جاهزة للبدء بإحداث تغييرات في حياتها أدركت أنها بحاجة لها؛ ومع ذلك، لم تعتقد أن جلسات برنامج الإرشاد الجمعي قد اتسقت وتطابقت مع المستوى الحالي لأدائها أو لاحتياجاتها. تحدثت إلى روزي مدير البرنامج وطلبت الخروج، لكن تم إخبارها بأنها قد سُجلت في البرنامج لمدة أسبوعين؛ لأن "تلك إقامتنا المتوسطة"، أي معدل المكوث في البرنامج.

لمعظم الأوضاع والأماكن الإكلينيكية مُتطلبات تتعلق بالإنتاجية (Productivity) والإحصاء (عدد المرضى الملتحقين بالبرنامج – Census)، لكن الإبقاء والحفاظ على روزي في البرنامج لمدة أسبوعين لمجرد أن "تلك إقامتنا المتوسطة" يُعد أمراً لا أخلاقياً (بالنظر إلى المبادئ الملتمسة للإحسان وعدم الإيذاء والوفاء والاستقلال الذاتي، والموصوفة من قبل كيتشينير (Kitchener, 1984)). لو كانت روزي مستعدة للخروج بطريقة أخرى فلا يبدو أنه قد تم رعايتها في بيئة أقل تقييداً (Least restrictive environment). وقد يكون تهديد إقامتها حيلة تأمين إذا كانت الخدمات غير الضرورية مُجهزة ومسجلة في فاتورة لشركة التأمين. ما هي الأساليب الأكثر أخلاقية لإبقاء المرضى مُسجلين في البرنامج؟ يُمكن أن يُبقي الإحصاء على المرضى بشكلٍ أفضل من خلال تقوية سمعة ومكانة البرنامج في المجتمع أو من خلال تقديم نوعٍ من الخدمة غير المتوفرة عادة في المنطقة.

لقد أُدخلت روزي المستشفى قسراً (إلزامياً) في ثلاث مناسبات سابقة، لكنها كانت في هذه المرة طَيّعة ومُسايرة للخدمات عموماً، وراغبة بعمل وأداء أفضل –القيام بالأمور التي كانت مختلفة

بشكل هام عن المرات السابقة في حياتها. وبالتسليم بهذه الاختلافات- رغم أن الحديث عن "الإقامة المتوسطة" ربما يكون أسلوباً للتفكير بشأن طول المدة التي تمكثها –فإن مدير البرنامج قد يفكر أيضاً بطرق أخرى لعرض تفكيره الذي قد يكون أكثر فاعلية في جذب واشتراك روزي في البرنامج على أنها مُشتَرِكٌ (في المعالجة والبرنامج) مُعافى. وربما افتتح المدير مناقشة حول أهدافها بالنسبة للوقت الذي ستُمضيه في المعالجة، وَلِمَا تمنت أن تحققه وتنجزه هناك، وللكيفية التي تعرف بها متى تكون مستعدة للمغادرة وترك المعالجة. إن لروزي ميلاً للاندفاع والتهور، وقد كانت تواجه مشكلات مع تناول الكحول في الماضي، لذا فإن هذه المحادثة قد تكون هامة بشكل خاص من ناحية مساعدتها على تطوير مهاراتها لتجاوز الأزمات المستقبلية. علاوةً على ذلك، فإن عملية المناقشة هذه يُمكن أن تُعزز استقلاليتها الذاتية، واشتراكها واستثمارها (الاستفادة منها) الإيجابي في معالجتها.

لقد غيّر الطبيب النفسي للبرنامج دواء روزي المضاد للاكتئاب دون مناقشة أسبابه لعمل ذلك. وقد أعطيت روزي أيضاً حبة منومة، رغم أنها لم تكن تعاني من مصاعب في النوم ولم تطلب ذلك. كيف تُعزز وتُشجع هذه الإجراءات استقلاليتها الذاتية واشتراكها الإيجابي في المعالجة. هل تفهم روزي قرارات الطبيب النفسي وترغب بأن تكون طيّعة ومسايرة تحت هذه الظروف؟ هل كان الطبيب النفسي يحاول أن يَشغلها ويُشركها عملياً في المعالجة؟ هل كان يُدرك ويُعزز حافز ودافع تطورها؟

بالنسبة للجزء الأكبر، فإن هذا البرنامج والطبيب النفسي قد كانا يعملان ضمن حدود مقبولة، ومن المحتمل أن قراراتهما كانت لا أخلاقية أو حيلة تأمين. من ناحية أخرى، كان يُمكن أن يُصبح كلاً من البرنامج والطبيب النفسي أكثر تأثيراً ويخفضا خطرهما المتعلق بإثارة الشكوى تجاههما وذلك من خلال عمل تغييرات طفيفة في تدخلاتهما. وكما لاحظ بونجرين وغوتليب (Younggren & Gottlieb, 2008) فإن المُستهلكين (المشتركين من المرضى) الراضيين عن الأداء أقل احتمالاً للشكوى.

- ما هي المحاوف الأخلاقية التي ظهرت بواسطة إجراءات البرنامج وإجراءات الطبيب النفسي؟ كيف تُعالج هذا بدلاً من تلك الإجراءات؟
- قيّم – رغم امتلاكك لمعلومات محددة- مخاطر البرنامج والطبيب النفسي على افتراض الأنموذج الموصوف في الفصل الثاني (Bennett et al., 2006). ماذا يُمكنك أن تعمل لخفض خطرهما في هذا الموقف؟ ماذا يُمكنك أن تعمل لخفض خطرهما والحفاظ على معيار عالٍ من الرعاية؟
- كان والد الآنسة روزي هندياً كردياً تقليدياً، وكانت تعيش في منطقة حضرية وتحاول الوصول إلى اتصال قوي مع جذورها وقيمها الكردية. لأي درجة استجاب البرنامج لروزي بأسلوب يتسق مع ثقافتها الأمريكية الأصلية، كما هو موصوف في الجدول (14.1)؟ كيف يُمكن أن يكون هذا قضية أخلاقية؟ كيف يقوم البرنامج وطبيب روزي النفسي بأداء مهمة أفضل؟

- لأي درجة تتشابه المبادئ المُلخصة في الجدول (14.1) مع تلك الموصوفة بواسطة نماذج علاج نفسي أخرى؟ وكيف تختلف؟

جدول (14.1):

ظروف الشفاء المحددة من قبل المرضى والمعالجين أمريكي الأصل

الشروط التأسيسية

- قدرة المعالج على فهم المريض وقدرة المريض على الشعور بتعاطف المعالج أمران هامان لعملية الشفاء.
- يتقبل المعالج ويحترم المرضى بدون شروط، ولا يصدر حكماً أو يرفض مرضاه معتمداً على تاريخهم من الأخطاء.
- يظهر المعالجون أن الحياة السعيدة ممكنة رغم المشاق وصعوبات الحياة، وذلك من خلال اتجاههم وأسلوب حياتهم.
- تعزز أصالة (صدق) المعالج مصداقيته وشرعيته.
- يُحدث المعالجون جوّاً من الأمان والثقة والذي يُعد أساسياً لعملية الشفاء.

عملية الشفاء

- يجب أن يكون الأشخاص منفتحين للتغيير والشفاء حتى يتغيروا.
- يأتي الشفاء من فهم حياة الفرد الداخلية ونزاعاته والانتباه لها، والتي يُمكن أن تكون مؤثرات هامة على التفكير الإشكالي والشعور والتصرف.
- يدرك المعالجون أن الحياة اليومية تقدم مصدراً غنياً من الفرص التي يُتعَلَّم منها، وتساعد على الشفاء، وتقدم التوجيه والإرشاد لمساعدة المرضى على استخدام هذه الفرص بشكل جيد.
- يتحدى المعالجون مرضاهم ليكونوا أكثر تقديراً لذواتهم وتشاوريين بأفكارهم وتصرفاتهم. وهم يشجعون التغيير، ويحشدون العوامل الإيجابية، ويساعدون مرضاهم على تقييم قراراتهم وأسلوب حياتهم.

الأساس الروحي للشفاء الطبيعي

- يقدم المعالجون التعاليم الدينية؛ فالمرضى يتلقون ويحترمون هذه التعاليم، والتي يستخدمونها لتوجيه حياتهم.
- يستخدم المعالجون الشعائر والمراسم لتسهيل رحلة الشفاء بوضوح، ويثيرون إحساساً بالمجتمع لدعم النمو والتغيير.
- يعتمد المعالجون على تصديق وقبول التوجيه الروحي من الخالق تعالى.

المفاهيم الثلاثة: الأخلاق والتعاطف والفاعلية
The three Es: Ethics, Empathy,and Effectiveness

أفضل وآمن شيء هو أن تستمر بالموازنة في حياتك، والاعتراف بالقوى الهائلة حولنا وداخلنا. إذا استطعت عمل ذلك، والعيش بتلك الطريقة، فإنك رجل حكيم حقاً.
Euripedes

لقد ناقشنا خلال هذا الكتاب الأخلاق والأشخاص والتحديات المهنية التي قد تظهر في العمل معهم. وطرحنا في الفصل الثاني خمسة معايير أخلاقية هامة توجّه الأطباء الإكلينيكيين طوال عملهم (الموافقة المسبقة، والكفاءة، والخصوصية والسرية، والعلاقات المزدوجة، والحساسية تجاة الفروق). وعندما يكون قانون ومدونة الأخلاق واضحين فإن الأطباء الإكلينيكيين أكثر احتمالاً للقيام بخيارات أخلاقية جيدة، وخاصة عندما يكون القرار مدعوماً بسابقة قانونية (Jennings, Sovereign, Botorff, Mussell ,& Vye, 2005). إن مدونات الأخلاق غير مكتملة بالضرورة، ولا تُعالج القضايا الأخلاقية الدقيقة التي قد تظهر، وذلك مثل تلك القضايا المُدركة في حالة روزي. علاوةً على ذلك، عندما تكون الاعتبارات الأخلاقية المتعلقة بالموقف أقل وضوحاً، فإن الأطباء الإكلينيكيين أقل احتمالاً لعمل الشيء الصحيح، معتمدين أكثر على قيمهم الشخصية الخاصة وتفسيرهم لمدونة الأخلاق. وتُساعد المبادىء الخمسة الطموحة التي يجب أن يناضل جميع الأطباء الإكلينيكيين من أجلها (الإحسان، وتجنب الأذى، والوفاء، والاستقلال الذاتي، والعدالة الاجتماعية) على معالجة هذه الثغرات في مدونة الأخلاق، رغم أنها غير كافية لوحدها في حل التناقضات والتوترات الأساسية المُتضمنة في التصرف بشكل أخلاقي (Kitchener, 1984; Knapp & VandeCreek, 2007).

إن هذا السؤال عن كيفية تمييز واختيار الشيء الصحيح في المواقف المعقدة أو الغامضة يكمن وراء المناقشات الواردة في هذا الفصل. كيف يختار الفرد بين الرفاهية والسعادة الفردية والرفاهية والسعادة المجتمعية على سبيل المثال؟ ماذا لو تضمن المدى القصير أذى محسوساً، على الرغم من وجود احتمالية جيدة من الفائدة على المدى الطويل؟ ماذا لو كان المريض غير قادر على اتخاذ قرارات كفؤءة تماماً؟ لقد قُدم في الفصل الثاني توسيع للمعلومات الأساسية عن الأخلاق، ونحن نناقش دور الطبيب الإكلينيكي على أنه مفاوض للمتطلبات الأخلاقية والتحديات العملية المقدمة على أساس يومي في العمل الإكلينيكي، ونوصي بعدد من الاستراتيجيات للتأكيد على الممارسة الأخلاقية.

ورغم أن تشريع وسنّ المبادىء والمعايير الأخلاقية سيكون جليّاً وواضحاً في كل موقف -بشكل مثالي- إلا أن بقاء الطبيب الإكلينيكي -في الحقيقة- أخلاقياً وفعالاً ومتعاطفياً يتضمن تفاوضاً مستمراً على المتطلبات المتنافسة العديدة. ولربما تكون التصورات والأفكار المهنية والاعتبارات العملية من مواقف وأغراض مختلفة ضمن سياق أهداف المعالجة المحددة وَتَوَجُّه الفرد النظري

الخاص. نَصِفُ في هذا الفصل، نصف عدداً من المجالات المختلفة للعمل الإكلينيكي التي قد يُقابل فيها الأطباء الإكلينيكيين حالات ومواقف سَترفع وتثير المتطلبات المتنافسة. وفي مناقشتنا سنثير أسئلة بقدر ما نجيب، لكننا سنقدم أيضاً مرجعية لمساعدة الأطباء الإكلينيكيين على تمييز هذه المتطلبات المتنافسة والبدء بحسمها واتخاذ قرار حولها بطرق جيدة ومناسبة بالنسبة للمريض وللطبيب الإكلينيكي والمهنة والمجتمع.

يُناقش شريك أحدنا بأنه عندما تحتاج غذاءً فبإمكانك الحصول عليه موسوماً بسمتين من الآتية على الأغلب: رخيص، سريع، وجيد. وبذلك يُمكنك الحصول على غذاء رخيص بسرعة، وغذاء جيد بسعر رخيص، لكن لا يُمكنك الحصول على غذاء جيد بسعر رخيص وبسرعة. وبينما يُمكننا أن نختلف حول صحة هذه المُناقشة، فإن الافتراض الكامن واضح، وهو: يجب علينا أن نتخلى عن الشيء الذي نريده من أجل أن نحصل على أشياء أخرى.

هل يُعَدُّ هذا افتراضاً جيداً بالنسبة للعمل في مهن الصحة العقلية؟ نحن نعتقد أنه من الممكن أن يكون مفيداً في إدارة القضايا البارزة أثناء العمل الإكلينيكي أن نفكر بشأن النضال والكفاح لأجل المفاهيم الثلاثة: الأخلاق، والتعاطف، والفاعلية. ونؤكد بأنه ليس فقط من المحتمل بل من الضروري أن تكون أخلاقياً وتعاطفياً لكي تكون فعالاً؛ من ناحية أخرى، فإن عمل ذلك ليس سهلاً ويتطلب انتباهاً مستمراً ووعياً ذاتياً.

استراتيجيات للبقاء أخلاقياً وتعاطفياً وفعالاً
Stategies for Remaining Ethical,Empathic, and Effective

الرقة والحنان ليستا إشارتان للضعف واليأس، بل علامات للقوة والعزم.
Kahlil Gibran

يُمكن أن يكون من السهل تَعوّد الروتين اليومي، حيث يؤدي الفرد واجباته العادية بشكل آلي تقريباً. ويُمكن أن يُجَدّوَل تقويم الفرد ويبرمج ويحدد بالمواعيد بشدة وكثيراً، تاركاً مجالاً صغيراً للتفكير. ويمكن أن يكون من السهل أن نخفق بتمييز الوضع على أنه معضلة أخلاقية أو تمييز طبيعته بشكل صحيح (Kitchener, 1986). إن ممارسة الجنس مع المريض الحالي هو أمر لاأخلاقي بشكل واضح، لأن له احتمالية أضرار عالية بالمريض والطبيب الإكلينيكي والمهنة؛ لكن هل إعطاء المريض تفاحة أمرٌ أخلاقي؟ إذا كان كذلك، فتحت أية ظروف؟ ناقش زميل بأن إعطاء المريضة (المسترشدة) الطفلة تفاحة دون سؤال والديها يُمكن أن يقوّض سلطة الوالدين، وبالتالي يؤدي كلاً من الوالدين والطفل ويقوّض علاقتهم (T.Bean, personal communication ,2000).

يُمكن أن يعمل ضغط الوقت والروتين وقلة الوقت المتاح للاستشارة والتفكير على جذب الأطباء الإكلينيكيين تجاه واحد من المفاهيم الثلاثة على حساب الاثنين الآخرين (الأخلاق، التعاطف، الفاعلية). ودون وجود استراتيجية لتمييز المعضلات الإكلينيكية والاستجابة لها عندما تظهر، فإنه من السهل جداً تبرير القرارات الإكلينيكية بدلاً من استحلاص استنتاجات أخلاقية غير متحيزة، وإهمال المعلومات الضرورية للتصور المفاهيمي للحالة (Gollan & Witte, 2008). وكلاً من هذه الأخطاء يخفض الكفاءة والفاعلية.

ثم إن اتخاذ القرارات الأخلاقية ليس بالأمر البسيط؛ وذلك كما لاحظنا في الفصل الثاني، "فالاختلافات المعقولة في الرأي يُمكن أن توجد بل وموجودة" فيما يتعلق بحل النزاعات والصراعات بين المبادئ الطموحة والمعايير الأخلاقية والأحكام والقرارات القانونية (ACA, 2005, p. 2). وعندما تُميز النزاعات والصراعات فإن على الأطباء الإكلينيكيين أن يُشيروا بوضوح إلى التزامهم بمدونتهم الأخلاقية، وأن "يتخذوا خطوات لحل النزاع" (APA, 2002, p. 1062). ورغم أن القرار والحل الملائم لهذه النزاعات أقل وضوحاً، إلا أنه يجب أن يجد الأطباء الإكلينيكيون بطريقة ما طريقة لحلها. استنتجت اتحاد الإرشاد الأمريكي (ACA, 2005) بأنه "لا يوجد أنموذج اتخاذ قرارات أخلاقي محدد ... أكثر فاعلية، لكن المرشدين يتوقعون أن يكونوا متآلفين مع أنموذج موثوق لاتخاذ القرارات ويستخدمون ذلك الأنموذج الذي يُمكن أن يتحمل مراقبة عامة" (ACA, 2005, p. 2). وامتلاك مثل هذه الاستراتيجية، بالإضافة إلى الاستشارة مع الزملاء حول المخاوف والاهتمامات، وتوثيق هذه العملية بدقة هي أمور أساسية ومركزية للتصرف بشكل أخلاقي ولخفض المخاطر (Bennett, et al., 2006).

يجب أن تُقدم مدونات الأخلاق، والمبادئ الأخلاقية، والنظرية الأخلاقية –جميعها- للتأثير على القرارات الأخلاقية (Kitchener, 1984). لكن تعلُّم اتخاذ قرارات أخلاقية يعتمد على أربع مهام، وهي: تعلُّم تقدير وتمييز الأبعاد الأخلاقية للحالة والموقف، والبدء بالنظر إلى القرارات الأخلاقية بطرق معقدة مُتأثرة بعوامل متنوعة، والالتزام بالإجراءات الأخلاقية رغم العوامل التي قد تجعل هذا صعباً ومُزعجاً، وبناء الثبات الشخصي والأخلاقي الذي يسمح للفرد "بعمل الشيء الصحيح" رغم الضغوط للقيام بخلاف ذلك (Kitchener, 1986)، (انظر الجدول 14.2). تعتمد هذه المهام وتُبنى على مواطن القوة الفكرية والتعاطفية والأخلاقية والشخصية المتعلقة بالممارسة الأخلاقية والفاعلة. ويُعد طرح ومراعاة الأسئلة المنبثقة عن طريق الحالات المضروبة كأمثلة مظهر هام للتعلم وتطبيق الأخلاق على نحو جيد (Eberlein, 1987; Gawthrop & Uhlemann, 1992; Kitchener, 1986).

جدول(14.2):

أهداف التعلم للممارسة الأخلاقية والمهام المتعلقة بتحقيق هذه الأهداف

الأهداف	المهام
قدّر وميّز الأبعاد الأخلاقية للموقف	• قدّر أن الأفعال لها إيحاءات أخلاقية يُمكن أن تساعد أو تؤذي الآخرين • اقرأ وناقش مدونة الأخلاق، وطبقها على الحالات • ميّز مواقف خاصة بوصفها تتضمن نتائج أخلاقية
أعدّ إجراءً (عملاً) يدمج عوامل متنوعة	• تعلم استخدام التفكير الأخلاقي الذي يظهر المواقف بطرق معقدة • أدرك مجموعة من العوامل التي تؤثر على القرار • أدرك الموقف من وجهة نظر كل من المريض والآخرين • توقع مخرجات إيجابية وسلبية ممكنة للعمل
اختر خطة أخلاقية للعمل	• ميّز وعالج معيقات التصرف بشكل أخلاقي (مثل: المعيقات الاجتماعية، والمالية، والوقت، والطموح)
نفذ تلك الخطة	• طورّ قوة الأنا، والشجاعة، والمثابرة، والحزم حتى «تعمل الشيء الصحيح» بالرغم من الضغوط للقيام بخلاف ذلك

ملحوظة: من (Kitchener, 1986)

عند مواجهة موقف صعب أو إشكالي، فإننا نوصي بأن يتراجع الأطباء الإكلينيكيون ويأخذون بعض الوقت للتفكير بوضوح؛ وذلك لكي يكونوا قادرين على تمييز المعضلات الأخلاقية المنبثقة عن ذلك الموقف، وأن يسمعوا وجهة نظر المريض بينما يكونون أيضاً حساسين لوجهات نظر الآخرين، وأن يضعوا هذه المعضلات في السياق مع فهم نقاط قوة وضعف المريض الشخصية وطبيعة أهداف المعالجة ونتائج البحث المتعلقة بالمشكلة والأشخاص ومرجعية الطبيب الإكلينيكي (إطاره) النظرية والتصور المفاهيمي للحالة (انظر الجدول 14.3). ويجب على الأطباء الإكلينيكيين أن يبحثوا ويختبروا أكثر المتطلبات القانونية، والشخصية، ومتطلبات الهيئة (القسم) وغيرها، والتي تؤثر على تلك الحالة. وكما اقترح كيتشينير (Kitchener, 1986)، فإن على الأطباء الإكلينيكيين أن يميزوا

مدىً من الاستجابات، ويُقيّموا هذه الاستجابات، ويضعوها موضع التطبيق. وعند وجود تعارض بين مبدأين أخلاقيين أو بين المبادئ الأخلاقية وبعض المتطلبات الأخرى، فإن ناب وفانديكريك (Knapp & Vandecreek, 2007) يقترحان تقييم القرارات الأخلاقية المستندة على وجود سبب جوهري (أساس منطقي) لاعتماد مبدأ أخلاقي على آخر، وعلى احتمالية نجاح الإجراء (العمل)، واعتبارات الخيارات الأخرى، وجهود تخفيض الأذى والضرر. ولأن فاعلية التدخل مُحددة بمقدار تقديمها بالإضافة إلى التدخل ذاته (انظر الحالة الافتتاحية؛ روزي جاكسم)، فإن التصرف بأسلوب رحيم وتعاطفي يزيد احتمالية النتيجة الأخلاقية والفعالة.

وعلى سبيل المثال، لو (Luo) رجل يفكر بالانتحار بشكل فاعل ونشط، ويرفض تمييز خطة أمانٍ والموافقة عليها، وغير مستعد للذهاب إلى المستشفى، ومع (لو) فإن الخطوة الأولى للطبيب الإكلينيكي قد تكون التراجع والتقاط الأنفاس. وعمل ذلك يُمكن أن يُقدم الهدوء الضروري لإدراك وتمييز المعضلات الأخلاقية، ولسماع وجهة نظر (لو) جيداً، ولرؤية كامل الصورة أيضاً. ويُمكن أن يجعل كُلٌّ من تاريخ الطبيب الإكلينيكي المستمر بمواصلة التعليم، والرعاية الذاتية المنتظمة، والعلاج الشخصي هذه العملية أسهل، ويُخفض احتمالية اتخاذ قرارات مُندفعة ومتهورة. ويُمكن أن يُساعَدَ وَضعُ أهدافٍ لتوجيه العمل الإكلينيكي (مثل: أهداف أخلاقية، تعاطفية، فاعلة) الأطباءَ الإكلينيكيين على إبقاء جوهر (خلاصة) مستقر وهادئ أثناء الأزمات. وقبل التدخل يجب أن يعكس طبيب (لو) الإكلينيكي مشاعر (لو) ومخاوفه (Ivey & Ivey, 2003). ويجب أن يشعر (لو) أنه مسموع ومفهوم قبل أن يكون من المحتمل مُتقبلاً لأي تدخل.

جدول (14.3):

عملية اتخاذ القرارات الأخلاقية

1. **صف الموقف والعوامل التي تؤثر على القرار من وجهة نظر كلٍ من المريض والمُلاحِظ الخارجي.**
2. **ميّز كُلَ الأطراف المتأثرة بهذا الموقف. وراعِ حقوقهم ومسؤولياتهم ورفاهيتهم.**
3. **ما هي المبادىء والمعايير الأخلاقية والنظرية التي يمكن أن تظهر من خلال هذه الحالة؟**
4. **ما هي العوامل الأخرى بما فيها سياسة المنظمات أو الجمعيات، والأوضاع والأحكام القانونية، والإطار النظري، والبحث، والتي يمكن أن تؤثر أيضاً على هذا القرار؟**
5. **ما هي التحيزات الشخصية، والقيم، والضغوط، والاهتمامات الذاتية التي قد تؤثر على هذا القرار؟**
6. **وَسّع الإطار خارج الخيارات الأولية المُقدمة. ما هي الطرق الأخرى الممكنة لعلاج هذه المشكلة؟**
7. **قيّم الخيارات. ما هي النتائج طويلة الأمد وقصيرة الأمد لهذه الإجراءات المقترحة؟ كيف يتلاءم ويتوافق كل تدخل مقترح ضمن حدود التصور المفاهيمي للحالة وخطة المعالجة والبحث المتوفر؟ كيف يُلبي كل تدخل مقترح المتطلبات الأخلاقية والقانونية والشخصية ومتطلبات الهيئة (القسم) والمتطلبات الأخرى؟ كيف يلبي تفضيلات المريض وقيمه وأهدافه؟**
8. **اختر خطة إجرائية واضعاً بالحسبان المبادىء والمعايير الأخلاقية، والنظرية، والعوامل الأخرى التي يمكن أن تؤثر على القرار.**
9. **اتخذ إجراء بطريقة متعاطفة متسمة بالاحترام.**
10. **راقب المخرجات وصححها إذا كان ذلك ضرورياً.**

ملاحظة: عدّل من (Candian Psychological Association, 2000; Eberlein, 1987; Knapp & VandeCreek, 2006)

وفي هذه الحالة ظهر عدد من العوامل المتنافسة ظاهرياً. إذ قد يستنتج بعض الأطباء الإكلينيكيين أن تعزيز استقلالية المريض الذاتية يُمكن أن يعني السماح له بأن يقرر أن ينتحر. وعمل ذلك، من ناحية ثانية، يُهمل الكيفية التي تتغير بها محاولة انتحار المريض عبر الوقت والكيفية التي تتأثر بها رفاهية وسعادة عائلته وأصدقائه ومعارفه بسبب انتحاره (Knapp & VandeCreek, 2007). علاوةً على ذلك، قد تؤثر سمعة وشهرة مهنة وممارسة طبيبة (لو) الإكلينيكية أيضاً بشكل سلبي إذا اكتشف

المجتمع بأن معالجته كانت مُدركةً وواعيةً بأنه يُفكر بالانتحار ولم تتدخل. وقد تتضمن العوامل الأخرى سياسات الهيئة (الوكالة أو القسم) التي تتطلب استشارات حالة للمرضى الذين يفكرون بالانتحار بشكل فاعل ونشط، والاستفسار عن مدى خطورة المريض على الآخرين وفيما إذا كان هنالك خدمة للتحذير والتنبيه، وربما تتضمن العوامل رفاهية وسعادة الطبيبة الإكلينيكية المُحددة لصحتها، وكذلك ضغوط الحياة، والمصادر الحالية. إضافةً لذلك، فإن طبيبة (لو) الإكلينيكية قد ترغب بإخباره عن سياسة هيئتها في الاستجابة للمرضى الذين ينزعون إلى الانتحار، ومع ذلك فهي ترغب أيضاً باختيار استراتيجية للتدخل تُعزز وتقوي ارتباطه بالمعالجة. هذه الحالة تُشير إلى أن الطبيب الإكلينيكي لا يُمكنه التركيز على مبدأ أخلاقي معين فقط أو حتى على شخص بعينه، بل يجب عليه بدلاً من ذلك أن يوازن بين عدد من العوامل المختلفة في وقت واحد.

ويجب ألا يكون العمل الإكلينيكي مجرد عملية عقلانية ومدروسة وموضوعية وغير شخصية، بل عملية مطلعة بواسطة الفهم التعاطفي القوي للمريض الفرد، والمؤسس بالبحث والنظرية عن المشكلة والأشخاص (Orlinsky et al., 2005). وبالعودة إلى مثالنا، فإن (لو) كان مُتشائماً بشكل عام، لكن وجهة نظره السلبية ازدادت أكثر بفقدانه الأخير لعمله وبتعويق رهنه العقاري التابع. أصبح (لو) يَنسحب أكثر ويشعر بأنه محكوم عليه من قبل أصدقائه ومعارفه، لكنه يشعر بأنه آمن مقبول في وضع الإرشاد. لم تكن عمليات كشفه عن ذات مُناوِرَة (تلاعبية)، وكان متدني التفاعل (Reactance)، ومتعاوناً مُسبق مع التوصيات. وربما يُشير كشفه عن محاولات الانتحار إلى ازدواجيته (تناقضه) حول كلٍ من رغبته بأن تكون الأشياء مختلفة، وعدم معرفته مع ذلك بكيفية إنجاز ذلك طريقة إيجابية. وسيعتمد التدخل الملائم على درجة تفكيره بالانتحار، وعلى تاريخ محاولات الانتحار، وخطورة الخطة، والتهور والاندفاع، واستخدام المادة) مخدرات أو كحول أو عقاقير مخدرة أو ... إلخ)، والدعم الاجتماعي، وعوامل أخرى (Benett et al., 2006) (انظر الجدول 14.4). وفي هذه الحالة، تعتبر نظرته المتعمدة البطيئة العادية للقرارات وارتباطه القوي بطبيبته الإكلينيكية نقاط قوة، بينما يعتبر ميله للإفراط في الشرب وتاريخ محاولات الانتحار الجدّية السابقة، والخسائر الأخيرة المرتبطة بالخزي والخجل، وعدم القدرة على تمييز نظام داعم ومساند، وامتلاك الأسلحة من الأمور التي تزيد من خطره ومجازفته.

يجب أن يتفادى الأطباء الإكلينيكيون الانقسام (الثنائية) الخاطئ، والذي إما أن يسمح للمريض (لو) بأن ينتحر أو أن يدخل المستشفى إجبارياً. أثناء فترة الأزمة المباشرة، يكون المرضى غير راغبين بأن يرتبطوا بتطوير خطة أمان معقولة أو الموافقة عليها، ويستمر التهديد بالانتحار إلى أن يكون وشيكاً، أما الأطباء الإكلينيكيون فقد يملكون فرصاً واختيارات قليلة، ولكن للتصرف بطريقة

مُعاكسة لقرارات المرضى (Knapp & VandeCreek, 2007). ورغم أن الأطباء الإكلينيكيين قد يمنحون بعض الأهداف امتيازاً على غيرها –في هذه الحالة يتم تمييز الإحسان على الاستقلال الذاتي– إلا أن الأطباء الإكلينيكيين الفاعلين يهدفون للإخلال بالمبدأ المُنتهك بأقل قدرٍ مُمكن. كيف تستطيع مُعالِجَة (لو) أن تقوم بذلك في هذا الموقف؟ يُمكنها أن تستمع بفاعلية إلى مخاوفه واهتماماته مُقدمةً له خيارات قدر المستطاع ومُتذكرةً تفضيلاته لدرجة محتملة (مثل: تطوير خطة أمان معه، السماح له بأن يقرر ما إذا كان سيدخل المستشفى، ومتى، وأي مستشفى، ومَن سيُخبِر، وما إلى ذلك). وبهذه الطريقة، يُمكن أن تتذكر طبيبة (لو) الإكلينيكية أهداف المعالجة المتناقضة ظاهرياً طوال عملها. وبينما يُمكن أن يكون هذا صعباً خلال فترات الأزمة، فإنه غالباً ما يكون نافعاً لتعلُّم المتطلبات الأخلاقية والقانونية بالإضافة إلى النظر ومراعاة خيارات المعالجة نظرياً، وذلك قبل أن تصل المشكلة لحدّ الأزمة. إضافةً لذلك، فإن العمل مع المرضى ذوي الفكر الانتحاري أو الذين يشكلون خطراً بطريقة أخرى يجب أن يتضمن الاستشارات مع المشرفين أو الزملاء كجزء طبيعي لهذه العملية.

جدول (14.4):

عوامل تؤخذ بعين الاعتبار في سياق تقييمات الفكر الانتحاري

تهيئة العوامل: تضع العوامل المريض في خطر، بما فيها التشخيصات النفسية، وتاريخ الإساءة الطفولي أو العقاب الوالدي، ووجود العنف الأسري، وعوامل خطر خاصة (مثل: الرجل غير المتزوج، أوالأمريكيون الأوروبيون أو الأمريكيون الأصليون، أو غير المتدين، أو المثليون جنسياً، أو المراهقون، أو البالغون الصغار والبالغون الكبار).

المسببات: طبيعة وشدة الضغوط، وخاصة تلك التي تتضمن الخزي أو الخسارة (مثل: خسارة علاقة أو وظيفة، الإرسال للسجن، أن يُصبح الفرد ضحية لجريمة)، وكذلك "الضغوط الخفية" التي يُمكن أن يكون لها تأثير تراكمي (مثل: بيئة العمل غير السارة، والمشكلات مع الشريك أو الطفل، والمشكلات المالية(.

التقديم المرافق للأعراض (الماضي والحالي): التقديم التشخيصي (للتشخيصات) بما فيها اضطرابات المحور الأول والثاني المتعلقة بالفكر الانتحاري. وخذ بعين الاعتبار كذلك مشاعر الغضب والإثارة وآليات الكفاح الإيجابية والسلبية بما فيها إيذاء الذات وسوء استخدام المواد.

مشاعر اليأس: إدراك أن الموقف كئيب ولا يوجد شيء يمكن أو سوف يتغير؛ تشاؤم شديد.

مستوى الفكر الانتحاري: التكرار، والشدة، وفترة الأفكار الانتحارية، ووجود خطة، وخطورة الخطة، والوصول إلى وسائل لتنفيذ الخطة.

السلوك الانتحاري السابق: عدد وطبيعة المحاولات السابقة، بما فيها إدراك المريض للخطورة والنتائج ولفرصة الإنقاذ.

الاندفاع والتهور: ويتضمن هذا كلاً من نشأة الاندفاع والتغييرات في الاندفاع، والتي قد تنتج عن استخدام المواد أو إدراك وفهم الضغط الحالي.

عوامل الحماية: طبيعة واتساع نظام الدعم الاجتماعي، وطبيعة واستخدام مهارات الكفاح (التغلب على المشكلات)، والمهارات المعرفية، والقدرة على تمييز أسبابٍ للعيش أو إدراك النتائج السلبية التي تنتج من الانتحار، والعلاقة مع المعالج.

ملاحظة: عدل من قبل (Bennett et al., 2006).

وكما تقترح هذه المناقشة، فإن البقاء مُخلصاً وصادقاً مع المفاهيم الثلاثة (الأخلاق، التعاطف، الفاعلية) يعني وجود الوعي الذاتي والمعرفة بالتوترات المتنافسة بين هذه المفاهيم والحقائق العملية التي قد يُقابلها الفرد. ومع ذلك، فإن الحذر والانتباه أمران ضروريان، ويجب أن تكون مراقبة انفعالات الفرد وتقييم سلوكه من ناحية الأخلاق والتعاطف والفاعلية أمران مستمران. وعندما ميّز (لو) ومُعالِجَتُهُ الخطة فإنهما يجب أن يُنفذاها. وبينما تَمُرُّ المعالَجَة بعملية التنفيذ فإنها يجب أن تُثير ملاحظات تُساعد في تقييمها حول ما إذا كانت الخطة على المسار الصحيح وفاعله (مثل: هل يشعر (لو) بأنه مفهوم، هل يُصبح أقل استقراراً، هل يواجه ضغوطاً إضافية بالغة؟). وعندما تُميز المُعالِجَةُ المشكلة فإن عليها أن تتخذ إجراءً أكبر لثبات واستقرار الموقف والحالة.

تحديات للمعالجين الأخلاقيين والتعاطفيين والفاعلين
Challenges for Ethical, Empathic, Effective Therapists

إن السعي الإنساني الأكثر أهمية هو الكفاح من أجل المبادئ الأخلاقية في أعمالنا. ويعتمد توازننا الداخلي بل ووجودنا إلى حد بعيد على تلك المبادئ.
Abert Einstein

نصف أدناه بعض المجالات العامة والمشتركة التي غالباً ما يجد المعالجون فيها أنفسهم يواجهون متطلبات متنافسة. وتتضمن هذه المجالات: الاعتبارات القانونية، ومتطلبات مكان العمل، والاعتبارات المالية، وقضايا الإشراف، وإدارة المخاطر، والأولويات المتنافسة بالنسبة لوقت المعالج وطاقته، إضافةً إلى محددات وقت المعالج وطاقته.

الاعتبارات القانونية Legal Considerations

تتناول المعايير الأخلاقية والمتطلبات القانونية نفس المواقف في أغلب الأحيان. ومع ذلك، تظهر الصراعات بين المفاهيم الثلاثة والاعتبارات القانونية كثيراً؛ كنتيجة، وغالباً ما يكتنف اتخاذ القرارات في الأوضاع الإكلينيكية العديد من الغموض. وبينما تُشتق المبادئ الأخلاقية من القرارات الأخلاقية حول "الصواب" و"الخطأ"، فإن الاعتبارات القانونية مستندة على مزيج معقد من السوابق التاريخية، والمعايير الاجتماعية، والقرارات الأخلاقية، والتي استنبطت وتطورت عبر العديد من السنوات من خلال التشريع وقضايا المحكمة.

وعلى سبيل المثال، تُعد الخصوصية والسرية بوضوح معياراً أخلاقياً يجب أن يبقى ويؤكد بجدٍ وإتقان ما عدا تحت بعض الحالات والمواقف المُلزمة، مثل الإبلاغ عن الإساءة للأطفال، أو عندما يتخلى المريض طوعاً وبإرادته عن السرية. وهذه المحددات مُوجزة عموماً بشكلٍ واضح في الموافقة المسبقة. ومع ذلك، يُصبح هذا فوضوياً بسرعة. إليك الأمثلة الثلاثة الآتية:

ممارسة إكلينيكية Clinical Practice

أثناء العمل في السجن، كان هنالك نزيل في سكن الإرشاد اسمه رالف (Ralph)، وهو مدمن كحول، وقد أخبر معالجته أنه قد توقف عن تعاطي الكحول (ممتنع) لعدة أشهر: من ناحية ثانية، أخبر مريض آخر المعالجة بأن رالف ما زال يشرب، وليس ذلك فحسب، بل أنه كان يصنع الكحول ويبيعه. والآن بما أن معالجته تعرف هذه المعلومات، فهل يُمكنها أن تستغلها في العلاج، وإذا كان ذلك ممكناً، فبأي السُبل؟ هل يجب أن تواجه المريض؟ هل يجب أن تحمي مصدر المعلومات أم تكشف عنه؟ لقد أخبرت الموافقة المسبقة بأن المعالج لا يتشارك بمعلومات مع إدارة السجن، لكنها لم تُعالج هذه الأسئلة والمواضيع الأكثر اعتيادية (والهامة). ما العوامل التي قد تؤثر على هذه القرارات؟

* * * * *

أُحضِرت مارسي (Marci) البالغة من العمر (15) عاماً إلى المعالجة؛ لأنها كانت "عديمة الاحترام" في البيت، وكانت درجاتها تنخفض في المدرسة. رغبت والدتها بأن تعرف مِنَ المرشد ما إذا قامت مارسي بعمل أي أمر "خطير"، رغم أن مارسي أرادت وطلبت السرية ومنعت معالجها من كشف أي معلومات. وما يُشوش هذه المناقشة أكثر هو أن الأطفال وآباءهم والأطباء الإكلينيكيين قد يختلفون في تعريفهم للسلوكات "الخطيرة" (Hawley & Weisz, 2003; Steinberg, 2001). وبما أن ديناميكيات العائلة تشكل الأساس للأعراض التي تنتاب الأطفال في أغلب الأحيان، فإن مساعدة الأطفال والمراهقين على أن يتعلموا التواصل مع آبائهم بطرق آمنة وفاعلة هو في أغلب الأحيان أمر هام. كيف يُمكن أن يكون الفرد أخلاقياً ومتعاطفاً وفاعلاً تحت هذه الظروف؟

* * * * *

أُحيلت تيونا (Tiona) إلى المُعالَجَة من قبل خدمات حماية الطفل (Child Protective Services) بعد أن ألحقت بابنتيها العديد من الكدمات. واتهمت تيونا الهيئة (الوكالة أو القسم) بالعنصرية (هي أمريكية إفريقية)، مُشيرة إلى أن هذا النمط من الوالدية كان الأسلوب الذي تربت عليه هي وكذلك عائلتها وأصدقاؤها – "إنه فاعل –النمط الوالدي- بالنسبة لي!". ما هي القضايا الأخلاقية الناشئة بواسطة هذه الحالة؟ كيف تعمل مع تيونا على هذه القضايا؟

* * * * *

حتى في المواقف والحالات حيث تكون الحاجة إلى انتهاك السرية مُخولة قانونياً، مثل الإبلاغ عن الإساءة أو ضمان الأمان للمريض الذي يفكر بالانتحار، فإن القيام بمثل هذه الاتجاهات والقرارات هو غالباً غير واضح. فعلى سبيل المثال، غالباً ما يتحدث المرضى عن الرغبة بإيذاء أنفسهم أو أي شخص آخر. متى يُرَوّح مثل هذا الحديث عن النفس، ومتى سيؤخذ على أنه قرارٌ مُلِحٌ بأن المريض ينوي الأذى والضرر؟ قد يُشجع بعض الأطباء الإكلينيكيين مثل هذه النقاشات، خائفين من أنهم لو يعرفون أكثر، فإنهم يجب أن يعملوا على إدخال مرضاهم المستشفى. ثم إن البقاء فاعلاً ومتعاطفاً يتطلب السماح للمرضى بالتعبير والكشف بشكل كامل عن أفكارهم ومشاعرهم بينما يبقون حذرين للإشارات التي قد يحتاجونها لاتخاذ بعض الإجراء؛ مثل إدخال مريض معين المستشفى، بالاعتماد على ما يسمعونه (انظر إلى الجدول 14.4). ومهما يكن، فبدلاً من مجرد مراعاة ما إذا كان يجب أن يُكشف عن محاولة الانتحار أو الأنواع الأخرى من السلوكات الخطرة، فإن إجابة هذا السؤال يجب أن تتضمن دائماً الاعتبارات المتعلقة بمتى وكيف يُكشف عن تلك السلوكات الخطرة (Meichenbaum,2005; Sullivan, Ramirez, Rae, Razo, & George, 2002). ويجب أن تُناقش عمليات الكشف مع المرضى أولاً حين يُمكن ذلك، ومنحهم الإحساس من الملائم بالسيطرة والاختيار أثناء الفترة الصعبة.

تختلف القوانين والسوابق القانونية التي تشمل الإبلاغ المُخوّل (المُتَطَلَب) عن الإساءة للأطفال وللمسنين عبر الحالات، وذلك كما تعمل خدمة وواجب الحماية، وخدمة التحذير (أي تاراسوف- الفصل الثاني)، ومتطلبات الإبلاغ عن القيادة الخطرة للمركبات، والسرية الممنوحة للأطفال والمراهقين. ويعد تلخيص هذه الاختلافات في القانون الرسمي أمرٌ أبعد وخارج مجال وغرض هذا الكتاب، على الرغم من أن ثمة تفصيل أكثر مُجهز ومقدم في المنشورات والمطبوعات الرسمية (الحكومية) ومواقع الشبكة العنكبوتية. ويجب أن يدرك الأطباء الإكلينيكيون الأحكام والقوانين في دولهم ويؤكدوا على الكفاءة المستمرة في تغيير تفسيرات هذه القضايا.

متطلبات مواقع العمل Worksite Requirements

يترافق مكان العمل الخاص الذي يُمارس فيه المعالج عمله مع مجموعة فريدة من الاعتبارات. ولكل مكانٍ نظامَ دخوله الخاص واستراتجياته لإدارة المعالجة واتخاذ توثيق القرارات الإكلينيكية. وتضع مواصفات كل مكان قيوداً أو توقعات خاصة على الأطباء الإكلينيكيين؛ فالبعض منها -أحياناً- قد يضع الأطباء الإكلينيكيين في مواقف صعبة، مُتهمةً تعاطفهم، أو مساومةً على فاعليتهم، أو مُختبرةً اتخاذهم للقرارات الأخلاقية.

ممارسة إكلينيكية Clinical Practice

دخلت ماي (Mae) البالغة من العمر عشرة أعوام المعالجة؛ لأنه كانت تعتريها نوبات غضب وكانت مُعارِضةً في البيت، على الرغم من أنها لم تكن كذلك في المدرسة. اعتقدت معالجتها سوزي (Soozie) أن لتلك المشكلات علاقة بالقضايا الزوجية ونمط المثلثات والتحالفات التي تحدث في العائلة. على أية حال، لا تقدم الهيئة التي تتبع لها المعالجة علاجاً أسرياً -رغم أن سوزي تلقت تدريباً مدروساً ولديها خبرة في ذلك- واقترح مُشرفها بدلاً من ذلك المعالجة الفردية. هل يجب أن تُسوي سوزي نوع المعالجة التي تقدمها (أي تجعلها وسطية) أم تُحيل عائلة ماي إلى هيئة أخرى؟ هل من خلاف إذا أثرت الإحالة إلى هيئة أخرى بشكل سلبي على قدرة سوزي على حفظ الإنتاجية (أي القدرة على المناقشة الفاعلة التي تؤدي إلى حل المشكلات)، الأمر الذي تتطلبه هيئة أخرى؟ ماذا لو تطلبت قدرة العائلة على الدفع للخدمات (الإمكانية المالية) أن يبقوا مع هذه الهيئة دون غيرها؟

* * * * *

غالباً ما يُحدد مركز الإرشاد والاستشارة في الكليات المُعالَجة بست إلى ثمان جلسات (Uffelman & Hardin, 2002). بدأ فرانسيس (Frances) المعالجة مع الطالب ليون (Leon)

مُستخدماً أنموذج المعالجة المُختصر. لكنه اكتشف أن مشكلات ليون كبيرة بشكل أكثر بكثير مما بَدَت عليه في التقييمات الأولية ومن المحتمل أن تتطلب تدخلات طويلة المدى. ما الخيارات التي يجب أن تُراعى وتؤخذ بعين الاعتبار؟

* * * * *

يكره بوب (Bobb) العمل الكتابي، ويتخلف فيه كثيراً؛ وذلك ليُبقى على مستوىً عال من الإنتاجية المطلوبة في وكالته وليقوم بالعمل الإكلينيكي الذي يُحبه (وموهوب بعمله). عندما تكتشف مشرفة بوب بأنه يتخلف في أعمال التوثيق، فإنها تسحب منه حالاته لمدة أسبوع وتطلب منه أن يكمل عمله الكتابي المؤجل. إن هذا يتطلب منه أن يكمل مذكرات (SOAP) المتعلقة بالجلسات، والتي لا يتذكرها. ماذا يجب على بوب أن يعمل؟ ولماذا؟

* * * * *

الاعتبارات المالية Financial Consideraions

يُمكن أن تكون الاعتبارات المالية إشكالية وصعبة جداً بحيث تستحق الإبراز لوحدها، رغم أنها مرتبطة عادة بمكان عمل الفرد. وإدخال المال إلى السياق العلاجي يجعل العديد من الأطباء الإكلينيكيين منزعجين، مع أن العمل الإكلينيكي –بالنسبة لأكثر الممارسين– هو مصدر معيشتهم، الأمر الذي يجعل الاعتبارات المالية جزءاً مركزياً لكل ارتباطهم وعلاقتهم الإكلينيكية. أما التعقيد الآخر للأمور فهو أن العديد من برامج الطلبة الخريجين لا تناقش القضايا المالية، أو أنها تقوم بذلك فقط ضمن أدنى حد (Bishop & Eppolito,1992). وتقدم معظم برامج تدريب الطلبة الخريجين تدريباً وإعداداً ناقصاً وغير كفؤ للممارسة الخاصة؛ إذ إن معظم الطلبة لا يتلقون أي نوع من التدريب في مجال إدارة الأعمال. وحتى لو تم ذلك، فإن العديد من هيئاتهم التدريسية لن يكون لديهم خبرة الممارسة الخاصة.

ويُمكن أن تُقدم موازنة المعايير الأخلاقية بينما تبقى تعاطفية وفاعلة تعقيدات مالية؛ إذ من الضروري أن ينتبه الأطباء الإكلينيكيون في مجال الممارسة الخاصة وأولئك الذين يعملون مع الهيئات والوكالات وغير الربحيين على حدّ سواء إلى الكيفية التي سيحفظون بها الإنتاجية والساعات القابلة للدفع (Bilable Hours). بينما يكونون أيضاً أخلاقيين وتعاطفيين وفاعلين. وبالنسبة للعديد من الأطباء الإكلينيكيين، فقد يقصدون التركيز على هذه الخدمات؛ حيث إن عملهم مُعوّضٌ من خلال العناية والرعاية المُتمكنة المُدارة أو من خلال مرضى الدفع الخاصين (Private Pay Clients) بدلاً من أولئك الذين قد لا يدفعون. وقد يختارون أن يروا المزيد من المرضى بدلاً من تطوير بيانات المريض، أو قراءة المجلات التخصصية، أو الحصول على استشارات من مزودين آخرين يعملون مع

المريض. وقد يحتاجون إلى التفكير بالموعد الذي سيرون فيه المرضى ذوو المعالجة المجانية وتحت أية ظروف.

في الحقيقة، يُعمل الأطباء الإكلينيكيون ذو ارتباط الرعاية المتمكنة المدارة القوية فترة أطول، ويقدمون ساعات تواصل واتصال مباشرة أكثر، ويبلغون عن رضا أقل في عملهم، وهم أكثر احتمالاً لاستخدام المنهجيات المعرفية السلوكية من الأطباء الإكلينيكيين ذوو الارتباط الأقل بالرعاية المُتمكنة المدارة (Cantor & Fuentes, 2008; Rupert & Baird, 2004). لقد استَنتج كلا الصنفين بأن هذا هو الوضع الذي يزيد خطر الاحتراق. وتحمل القضايا المالية العديد من التأثيرات. إذ قد تملك الوكالات الممولة بشكل بسيط أو رديء مثل هذه الميزانيات الضيقة غير القادرة على شراء معظم النسخ والإصدارات الحالية من التقييمات النفسية (للمزيد انظر Turchik, Karpenko, Hammers, & McNamara, 2007). وقد يَمنعُ المال أو الوقت الإشرافَ الملائم وبالحد الكافي من تلبية مطالب الترخيص المتعلقة بمزاولة المهنة، أو لربما لا يكون الإشراف الجيد متاحاً عندما يعيش الأطباء الإكلينيكيون في مناطق ريفية. وقد تتطلب قيود الميزانية مستوى عالياً من الإنتاجية اللينة الواقعة في حدود طاقة بعض الأطباء الإكلينيكيين، رغم أن ذلك مستحيل بالنسبة للطبيب الإكلينيكي القوي عادة –على الأقل إذا كان سيحتفظ بقدرته على أن يكون متعاطفاً وكفؤاً.

علاوةً على ذلك، كيف يحفظ الفرد الإنتاجية ويبقى كفؤاً إذا سلمنا بالبحث والنظرية المتغيران في المجال؟ لكل دولة ومهنة معاييرهما الخاصة بالنسبة للتعليم المستمر للمختصين المُجازين. ومع ذلك، يُمكن أن يُجادل الفرد بأن هذه هي الكفاءات الأدنى، وبأنه إذا أدّى واحد فقط التعليم المستمر المطلوب، ولكنه لم يقم بقراءة إضافية، أو يُناقش قضايا متخصصة مع زملائه على أساس متقدم باستمرار، أو يشاور بشأن القضايا عندما ظهرت، فإنه سيكون مهيئاً ومُعداً بالحد الأدنى. إن هذه الأنشطة غير معوّضة بواسطة الرعاية المتمكنة المُدارة، وربما يستلم أو لا يستلم الأطباء الإكلينيكيون مستحقاتهم المالية من قبل الجهات المسؤولية لحضور ورشات التعليم المستمر. ومع هذا، فإن الأطباء الإكلينيكيين الذين يكسبون نسقاً واسعاً من وجهات النظر التصورية (المفاهيمية) لعملهم الإكلينيكي أكثر احتمالاً لإدراك ذلك على أنه أمر ناجح ومُكافَأ (Orlinsky & Ronnestad, 2005 b).

ممارسة إكلينيكية Clinical Practice

يجب أن تُحدد الرسوم والدفعات المالية التي يُشارك بها المريض (Co-Bayments (Copays)) بشكل مبكر في بند الخدمة، ويجب أن تكون مناقشتها جزءاً طبيعياً من عملية الموافقة المسبقة (Pomerantz & Handelsman, 2004). لقد وافقت عائلته باسيت (Basset) على الرسوم والأجور المحسوبة بواسطة معالجي العائلة بسهولة، لكنها أصبحت رافضة وممانعة للاستمرار بالدفع عندما فقد السيد باسيت وظيفته والتأمين الصحي وواجهت العائلة الإفلاس. ورغم أن العائلة كانت متحمسة للغاية وأكثر استقراراً عندما دخلت المعالجة في البداية، إلا أن شجارها ما زال مُتصاعداً نحو العنف بما يقارب مرتين في الشهر. ماذا يجب أن يفعل فريق علاجهم العائلي؟ متى يجب -إذا كان لا بد- أن تؤثر أوضاع المرضى المالية على نوع ومدة الخدمات التي يتلقونها؟

* * * * *

لن تُغطي شركات التأمين المعالجة ما لم يمتلك المرضى تشخيصاً نفسياً، أو حتى تشخيصاً من مجموعة معينة تُشخص الحالة (ربما يكون اضطراب الاكتئاب الفعال وليس اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه ADHD). لقد أدرك زين- في تقييمه الأولي لتود (Todd) البالغ من العمر ستة أعوام- أن مشكلات تود في المنزل والمدرسة كانت ذات علاقة بتشخيص والدته الأخير بالإصابة بمرض سرطان الثدي. لم يعتقد زين أن تود قد عانى من اضطراب المحور (I)، لكنه يعتقد أنه دون التدخل الأخير قد يُخفق تود في صفه الأول أو يوضع في قاعة دروس الدعم الانفعالي. لأي درجة يجب أن يُحدد زين أن يُشَخِصَ بغرض السماح لتود والمرضى الآخرين بالحصول على معالجة أفضل؟ ما الذي يجب أن يأخذه بعين الاعتبار أيضاً؟

* * * * *

في ظل الظروف الطبيعية يكون دجون (D' Jon) قادراً على الإبقاء على مستويات مُقنعة للساعات القابلة للدفع، ومن ناحية ثانية، أصبح دجون مشتت الانتباه أكثر ويشعر بعدم القدرة على التعامل مع الحالات التي يعمل عليها منذ أن تراجعت حالة زوجته الصحية. ويُهدد مشرف دجون بأن يُرجعه إلى مكانة جزئية إذا لم يكن قادراً على الإبقاء على الإنتاجية، رغم أن دجون وزوجته سيفقدان بعد ذلك منافع الرعاية الصحية الضرورية. إضافةً إلى أن دجون يتساءل ما إذا كان قرار مشرفه مرتبطاً بالتكلفة البالغة لمعالجة زوجته من الإيدز في مراحله النهائية. ما هي خياراته؟ ماذا يجب عليه أن يعمل؟

الأولويات ومحددات الوقت والطاقة (القدرة)

Priorities and Limitations of Time and Energy

تَظهَرُ المشكلات من أن الفرد يجب أن يجد اتزاناً بين ما يحتاجه الناس منك وما تحتاجه لنفسك.
Jessye Norman

إن عمل الطبيب الإكلينيكي غير مكتمل تماماً: إذ هنالك دائماً أكثر مما يُمكن القيام به، ووقت وانتباه أكثر قد يُمددان للمرضى، وأشخاص أكثر قد يُقدمون المساعدة، وتحضير أكثر يُمكن أن يقوم به الأطباء الإكلينيكيون لأجل مرضاهم، وقراءة وتدريب أكثر مطلوبان لكي يكون الطبيب الإكلينيكي مؤهلاً بشكل كامل أكثر في العمل. ويعتمد إبقاء القدرة على تحضير وإعداد العمل الإكلينيكي بشكل مؤهل على التطور المهني والتخصصي المستمر. في الحقيقة، ذكر أورلنسكي ورونيستد (Orlinsky & Ronnestad, 2005 a) أن (86%) من عينتهم المتعددة المتخصصة (المهنية) الدولية قد أبلغوا عن كونهم متحمسين إلى حدّ كبير لتطويرهم أكثر كأطباء إكلينيكيين. ومع هذا، يتطلب هذا التطور وقتاً (والذي قد لا يُعوّض) ورغبة واستعداداً لتمييز التطور المهني على أنه أولوية مستمرة.

علاوةً على ذلك، فالأطباء الإكلينيكيون بشر؛ لهم احتياجاتهم الخاصة التي يجب أن يهتموا بها وحياتهم الخاصة ليعيشوها. ويُصبح هذا قضية أخلاقية بالنسبة للأطباء الإكلينيكيين بينما يُكافحون ويجتهدون لموازنة احتياجاتهم الخاصة مع ارتباطهم بمرضاهم، مؤكدين أنهم يؤدون عملهم بشكل كامل. وكما نوقش بشكل موسع في الفصل الخامس عشر، فإن الوعي الذاتي والرعاية الذاتية المنظمان والمستمران يعدان مظهران أساسيان لإبقاء وتأكيد الكفاءة (Pope & Brown, 1996). ويجب أن يُراعي كل الأطباء الإكلينيكيين الكيفية التي سيحفظون بها كفاءتهم وخبرتهم بينما يُلبون أيضاً حاجاتهم الفردية والعائلية.

ممارسة إكلينيكية Clinical Practice

جادل عدد من الكتاب بأنه وفي ظل بعض الظروف يُمكن أن تكون الانحرافات عن الحدود المهنية المعيارية نافعة ومفيدة، لكن مثل هذه الانحرافات يجب أن تُراعى بشكل مدروس وتُنَاقَشَ مع الزملاء أو المشرفين أو المرضى قبل أن تقع أو مباشرة بعد وقوعها ما أمكن (Barnett, Lazarus, et al., 2007; Knapp & Slattery, 2004; Slattery, 2005; Zur, 2001). ما العوامل التي تستخدمها لتقدير ما إذا كان حضور حفل زفاف المريض أمر أخلاقي وتعاطفي وفاعل؟ هل يُعد التفكير بمستويات إجهادك وتوترك وبقيود الوقت جزءاً من هذا المشهد؟ لماذا نعم ولماذا لا؟

* * * * *

هنالك عدد من الطرق للتفكير بالمشكلات التي عانى منها أطباء لايا لي في العمل مع عائلتها (الفصل الثامن والعاشر). وإحدى هذه الطرق، برغم ذلك، هي أن أطباءها كانوا يُطيلون أكثر من اللازم وكانوا بعجلة لإنجاز الأمور. ولأنهم لم يُدركوا حدودهم، فإنهم لم يستمعوا للعائلة. بالإضافة إلى أنه ربما يكون لديهم أمرٌ عكس ذلك. ماذا يُمكنك أن تعمل لإبقاء الممارسة الكفؤة حتى عندما تكون منشغلاً؟

قضايا إشرافية Supervisory Issues

يحتاج المُشرفون إلى أن يوازنوا عدداً من الاهتمامات المختلفة، والتي قد يكون البعض منها أكثر أو أقل أهمية وذلك بالاعتماد على ما إذا كان المشرفون يعملون في وضع ومكانٍ ركز بشكل أساسي على التدريب أو في وضع ومكان يركز على عرض الخدمات الإكلينيكية ويمنح التدريب والإشراف بشكل ثانوي فقط. وكنتيجة لذلك، فإن المشرفين قد يؤكدون –إلى درجات مختلفة– على التدريب والتطوير أو جودة الخدمة والإنتاجية.

وجد مشروع البحث الدولي متعدد التخصصية الذي يبحث العلاقات المتبادلة للتطور الإكلينيكي والرضا المهني أن الأطباء الإكلينيكيين الأكثر رضا عن تطورهم المهني قد أبلغوا عن استقلال ذاتي ودعم هائل في مكان العمل على حدّ سواء (Orlinsky & Ronnestad, 2005 b). وربما من المُدهش أن الأطباء الإكلينيكيين الذين وصفوا الاتساع والعمق الأكبر لتجربة وخبرة الحالة قد أبلغوا أيضاً عن تطور مهني هائل. وقد أبلغ الأطباء الإكلينيكيون الراضون عن عملهم المهني عن تطور ونماء أكثر لدى المريض، وأدركوا عملهم الإكلينيكي على أنه تشجيع لشفاء المريض. وبالعكس، كان الأطباء الإكلينيكيون الذين واجهوا إحباطات هائلة متعلقة بالعمل (مثل: الإلغاءات، بطء تطور ونماء المريض، انتحار المريض) الأقل رضا بوظائفهم.

وبالتسليم بهذه النتائج، فإن رونيستد وأورلنسكي (Ronnestad & Orlinsky, 2005) قد وضعا عدداً من التوصيات المتعلقة بتدريب الأطباء الإكلينيكيين على كافة المستويات (انظر الجدول 14.5). وقد اقترحا بشكل خاص أنه يجب على المشرفين الذين كانوا مهتمين بتطوير المُشرَف عليهم وتطوير المهنة أن يمنحوهم تدريباً إكلينيكياً على مهنهم موجهاً ومبكراً، وأن يُزودوهم بالفرص للعمل على المشكلات الإكلينيكية المتنوعة مع مدىً من مشروطيات (قيود) المعالجة، بما فيها المعالجة الفردية والعلائقية والأسرية والجماعية. ويجب أن يُعيّن المشرفون الحالات حتى يواجه ويختبر المُشرَف عليهم العمل الإكلينيكي بوصفه إيجابياً ومصدراً للشفاء، بينما يحصرون التجارب المُرهقة المُحتملة عند الإمكان. علاوةً على ذلك، يجب أن يُقدَّم الإشراف في جوّ إيجابي ومُساعد، مع الدعم الاجتماعي الكافي، ضمن سياق تحالف عمل جيد.

جدول(14.5):

عوامل تؤخذ بعين الاعتبار لتشجيع تطوير المهنة الإيجابي لدى الأطباء الإكلينيكيين الجدد.

---

1. **المهارات البينشخصية: يجب أن يمتلك الطبيب الإكلينيكي مهارات بينشخصية متطورة بشكل جيد عند الدخول لبرنامج التدريب. ويجب أن يدرك الأطباء الإكلينيكيين الجدد أنفسهم بوصفهم يمتلكون مهارات متطورة بشكل جيد وبأن لديهم القدرة على تطوير علاقات دافئة.**
2. **التدريب النظري والتقني: يجب أن يكون التدريب واقعياً بدلاً من أن يكون أيدولوجياً في مضمونه، ويُشجِع على التوسع النظري والتطبيق المرن والانفتاح على التعلم.**
3. **العمل الإكلينيكي الموجه: يجب أن يبدأ العمل الإكلينيكي مبكراً بالتدريب الإكلينيكي، بعد أن يتلقى الطلبة التوجه النظري والتقنيات المتعلقة بمجالهم.**
4. **اختيار الحالة: يجب أن تُراعيَ الحالاتُ المقدمة مستوياتِ مهارة المتدربين وتحديات المريض المحتملة، وذلك لكي يزيدوا خبرتهم في العملَ الإكلينيكي بوصفه إيجابياً ومصدراً للشفاء، بينما يتم حصر أو حجز الخبرات المُرهقة المحتملة. ويجب أن تتضمن الحالات تنوعاً في المشكلات ومشروطية (تقييدات) المعالجة (مثل: الفردية، والجماعية، والعلائقية، والأسرية).**
5. **الإشراف والدعم الاجتماعي الكافي: يجب أن يُقدِمَ الإشرافُ دعماً اجتماعياً كافياً، مُؤكِداً على تطوير تحالف عمل جيد مع المتدربين.**
6. **المراقبة الذاتية: يجب أن يراقب الأطباء الإكلينيكيون الجُدد ردودَ أفعالِهم الانفعالية أثناء العمل الإكلينيكي وخارجه، وبُنية وتركيب الحالات التي سيتعاملون معها، ومستوى الدعم الاجتماعي.**

ملاحظة: عُدِّل من (Ronnestad & Orlinsky, 2005)

ممارسة إكلينيكية Clinical Practice

يدرس ثيو (Theo) –المُشرف المُعيّن حديثاً- المهام التي سيُعينها لمتدربيه الجدد. من ناحية، هو يعلم أن عملية التدريب ستكون أكثر نجاحاً إذا عيّن لمتدربيه مدىً من مشكلات المرضى وتقييدات المعالجة، لكنه يرغب -من ناحية ثانية- أن يمتلك متدربوه خبرة إيجابية (مرتبطة أيضاً بتطور المهنة). علاوةً على ذلك، يسعى ثيو إلى أن تقدم عيادته رعاية عالية الجودة. كيف يُقرّب ثيو من خلال التفكير بهذه التوترات بين حاجات متدربيه، وحاجات مرضى العيادة، وسمعة العيادة؟ ما العوامل الأخرى التي يجب أن يُفكر بها؟

* * * * *

تُشرف فيرناندا (Fernanda) على بوب (Bubb) الذي تخلف لعدة أشهر بعمله الاجتماعي. وتُدرك فيرناندا أن بوب مُعالجٌ موهوب، لكنها قلقة جداً أيضاً من أنهما لا يملكان توثيقاً لمئات الساعات القابلة للدفع. وهي مشغولة وقلقة من أنهما قد يُصبحان مُدققين ويكونان عاجزين عن توثيق بند خدماتهم. وهي كذلك قلقة بما قد يحدث في الحالة النادرة في الحقيقة لانتحار مريض أو كيف سَيُعرّضُ هذا الأمر بوب وهيَ والهيئة للدعوى القضائية. علاوةً على ذلك، فإن فيرنان مترددة بشأن الاستمرار بالإشراف على شخص راغبٌ باختصار مثل هذه النواحي في عمله. ما الذي يُمكن أن تراعيه فيرناندا بينما تحاول أن تَحُلَّ هذا الموقف بشكل جيد؟

نحو منهج إيجابي للأخلاق
Towards a Positive Approach to Ethics

> الرجل الذي ارتكب خطأ ولا يصححه يرتكب أخطاء أخرى.
> Confucious

فُهِمَت قوانين الأخلاق من الناحية التاريخية من مَوقِفٍ دفاعي –أي، ما الذي يجب ألا يتم عمله (Handelsman, Knapp & Gottlieb, 2002). وتصف المعايير في مدونات الأخلاق –من ناحية أخرى، التوقعات بالحد الأدنى فقط، وتُميّز السلوكات التي يُمكن أن تؤدي إلى إجراء تأديبي عندما تُنتهك. وبدلاً من تحقيق الحدّ الأدنى فقط من المؤهلات، فإن النظرة والمنهج الأكثر إيجابية نحو الكفاءة –على سبيل المثال- يتضمن النضال والجهد المستمر من أجل أعلى معايير الكفاءة والجدارة (Knapp & VandeCreek, 2006). ويجب أن يبحث الأطباء الإكلينيكيون عن سبيل لتحسين وتعزيز طبيعة علاقاتهم مع المرضى، والأطباء الإكلينيكيين المُشرف عليهم، والزملاء، وذلك بدلاً من مجرد تجنب

انتهاكات الحدّ واستغلال العلاقات. ويجب أن يُشرِكُوا المرضى في القرارات طوال المعالجة بدلاً من بدايتها فقط؛ وقد تتضمن هذه القرارات تمييز أهداف المعالجة والتدخلات ومناقشة الوقت والكيفية التي سينتهي بها العلاج. وبدلاً من مجرد تجنب عمليات الكشف الممنوعة، فإنهم يطورون علاقات جديرة بالاهتمام. وبدلاً من مجرد تفادي أن يُضروا ويُميزوا (يُفاضلوا أو يفرقوا)، فإنهم منفتحون، ويتعلمون حول وجهات النظر الثقافية الأخرى، ويطورون تصورهم المفاهيمي للحالة باستخدام هذه المعرفة، ويُشجعون الإنصاف والعدل طوال عملهم (Knapp & Vandereek, 2006; D.w.Sue & Sue, 2003). خذ بعين الاعتبار كيف تم التعامل مع حالة الآنسة روزي والحالات الأخرى المقدمة في هذا الفصل بشكل مختلف باستخدام منهج إيجابي للأخلاق، بدلاً من مجرد اتباع الموقف الدفاعي للمعايير الأخلاقية.

وعندما تُعامل المبادئ الطموحة للمعايير الأخلاقية بشكل منفرد وبانعزال، فإنها يمكن أن تؤدي إلى منهج ممارسة مُبسط جداً ومُتلقٍ للرعاية. فعلى سبيل المثال، يُمكن أن يكون تجنب جمع المعلومات حول الإساءة للأطفال لكي لا يتأذى المريض ضاراً أكثر بحد ذاته، لأن تجنب مثل هذه النقاشات يُلّمح بأن الإساءة –والأشخاص الذين تعرضوا للإساءة- مُخجلون (Becker-Blease & Freyd, 2006). ثم إن مُعاملة المرضى كما لو أنهم ضِعاف أو عاجزون يُمكن أن يكون مؤذياً، كما يُمكن أن يُسبب نبوءة حقيقية (Self – Fulfilling Prophecy). من ناحية أخرى، يُمكن أن تكون مناقشة الإساءة، والعنف، والفقد، والظلم، بانفتاحٍ مؤلمة ومساعدة على حدّ سواء.

أما عندما توازن المعايير الأخلاقية ببعضها البعض وبالمبادئ الطموحة فإنها تُقدم أسلوباً غنياً ومدروساً ومتسماً بالاحترام لأداء العمل الإكلينيكي. ويستطيع الأطباء الإكلينيكيون تعزيز الاستقلال الذاتي في الخيارات المتعلقة برعاية نهاية الحياة –على سبيل المثال- بينما يدركون أيضاً أن المرضى من ثقافة أخرى قد يدركون عملية اتخاذ القرارات بشكل مختلف عما يقومون بعمله. وبالنسبة للعديد من الأمريكيين الأوروبيين ذوي الطبقة الوسطى والعليا فإن الاستجابة والرد على تشخيص مرض السرطان غالباً ما يكون قراراً فردياً بشكل أساسي؛ ومع ذلك، يعمل الأطباء الإكلينيكيون مع المجموعات العرقية الأخرى والطبقات والثقافات التي قد تُراعي كيف ستؤثر المعالجة وقرارات إنهاء الحياة الأخرى على العائلة ككل (Candib, 2002). وقد يتم إدراك عدم الكشف عن تشخيص مرض السرطان على أنه فعل أبوي في الولايات المتحدة، رغم أن البلدان الأخرى (مثل: إيطاليا والفيتنام وروسيا) قد تُدرك مثل عدم الكشف هذا على أنه تصرف يحفظ الأمل والإحساس المستمر بالحياة والارتباط لدى المريض (Candib, 2002).

الهويات الشخصية والتخصصية (المهنية)
Personal and Professional Identities

> أنا أدرك نفسي الآن لأكون شخصاً ذا ضعف وقوة، مسؤولية وموهبة، ظلمة ونور. أدرك الآن ذلك لكي أقصد رفض لا شيء من الأمر ولكن قبوله كله.
> Parker Palme

يُعد العمل الإكلينيكي بالنسبة للعديد من الأشخاص "ليس وظيفة فقط، بل هو أيضاً نداءٌ ومهنة جديرة ذات رسالة، والتي تُختَارُ على الأقل جزئياً لِتُقدِمَ إحساساً بالنشاط الهادف والإنجاز الشخصي" (Orlinsky et al., 2005, p.11). وتؤثر الكيفية التي يُدرك بها الفرد ذاته كشخص وكمتخصص ومهني على طبيعة هذا النداء، وما إذا كان الفرد سيتطور، وعلى كيفية تطوره ونمائه.

ونحن نقترح أنه يجب على الأطباء الإكلينيكيين أن يطوروا هويات شخصية ومهنية تُعزز العمل الإكلينيكي الأخلاقي والتعاطفي والفاعل. تُشكل هوية الفرد الشخصية أخلاقه وقيمه وأهدافه ومصادر الإرادة والمعنى، والخيارات المتعلقة بكيفية قضائه للوقت. إن الأطباء الإكلينيكيين الذين يُمَيّزون ويُعرَّفون بوصفهم منصفين وصادقين وثقات ومنفتحين سيتخذون قرارات شخصية ومهنية مختلفة عن أولئك الذين يحملون أنواعاً أخرى من المفاهيم الذاتية. وتُشكل قيّم ونظرة الفرد العالمية الشخصية والمهنية طبيعة ممارسته وعمله ونوعيتهما (Fowers & Davidov, 2006; Jennings et al., 2005). في الواقع، استنتج جنينجس وزملاؤه (Jennings et al., 2005) أن المعالجين البارعين قد نزعوا إلى الاشتراك بمجموعة عامة من القيم الشخصية والمهنية المحددة والملخصة في الجدول (14.6).

يجب أن يُقيّم الأطباء الإكلينيكيون نقاط قوتهم وضعفهم، ومهاراتهم، والموارد الانفعالية على قاعدة مستمرة (Bennett et al., 2006). وتُقرّ قائمة المهارة الشخصية بأن كل الخصائص والسمات هي سيف ذو حدين: يُمكن أن تكون نقاط قوة الفرد ضعفاً، ويُمكن أن تخدم نقاط ضعفه كنقاط قوة (Bashe et al., 2007). ربما يكون الطبيب الإكلينيكي فخوراً بتعاطفه، على سبيل المثال، لكن يجب أن يكون واعياً ومدركاً أيضاً للكيفية التي يتدخل بها تعاطفه (يتصادم) في بعض الأوقات مع قدرته على أن يكون موضوعياً في تقييم مرضاه. وقد تدرك طبيبة إكلينيكية أخرى بأنها تضع حدوداً شخصية قوية وتنهمك في الرعاية الذاتية المنظمة، رغم أنها تجد صعوبة في العمل مع نداءات الأزمة عندما تحدث خارج ساعات العمل المنتظمة. إن إدراك نقاط القوة والضعف هذه يُمكن أن يكون استراتيجية نشطة لإبقاء الممارسة الفاعلة.

أما الهوية المهنية فتتضمن مَركزيةَ تعريفِ الفردِ كطبيب إكلينيكي في مجاله المُختار ومعنى تلك العضوية، وإدراكُ الفرد للمهام والأهداف التي تُعد مركزيةً لتلك الهوية، والمبادئ الأخلاقية لتوجيه ذلك العمل. ولا تؤثر الهوية المهنية على ما يُعمل فحسب، بل أيضاً على كيفية عمله. وبالتسليم بعدد

مرضى الأطباء الإكلينيكيين، وموقع العمل، والتوجه النظري، وسياسات الهيئة أو الوكالة، وغيرها، فإنَّ على الأطباء الإكلينيكيين أن يطوروا إحساساً قوياً بالأهداف والقيم والافتراضات النظرية، والتي ستوجه تصميمهم وثباتهم في القرارات الإكلينيكية التي يجب عليهم أن يتخذوها طوال اليوم.

جدول(14.6):

القيم المدعومة بقوة من قبل المعالجين البارعين

بناء وحفاظ الارتباطات البينشخصية

1. **الاتصال والارتباط العلائقي**
2. **الاستقلال الذاتي**
3. **الخير والإحسان**
4. **تجنب الأذى والضرر**

بناء وحفظ الخبرة

1. الكفاءة والجدارة
2. التواضع
3. التطور والنماء المهني
4. الانفتاح على التعقيد والغموض
5. الوعي الذاتي

ملاحظة: من (Jennings et al., 2005)

في الأفضل من كل العوالم المحتملة ستعمل الهويات الشخصية والمهنية معاً وتساند بعضها. فعلى سبيل المثال، لو كانت الهوية الشخصية المتعلقة بالطبيبة الإكلينيكية هي أنها "شخصٌ مهتمٌ وحنون" . ولكنها تُحدد ذلك من ناحية الاحتضان وتقديم الهدايا والتواجد في كل الساعات مع مرتكبي الاعتداءات الجنسية بطرقٍ غير متوافقة مع عملها. فمن المحتمل أن تُصبح مُحبطة وفي خطر الاحتراق النفسي (Baker, 2003) . أما الطبيب الإكلينيكي الذي يعتقد أن الأشخاص الفقراء يعيشون حياة فقيرة نتيجة خُلُقِ عملهم الخاص السيء، ويعمل رغم ذلك في مركز إرشاد المجتمع المأهول بالفقير العامل، فإنه قد يعاني من صعوبة في التصديق بأن مرضاه يمكن أن يتغيروا –بالرغم من أنه قد يكون فاعلاً جداً في مكان آخر. إن الأطباء الإكلينيكيين الذين يتصرفون بأسلوب منفتح ومُتقبل ولكنهم لا يفكرون ويشعرون بذلك الأسلوب من غير المحتمل أن يُدركوا كأصليين وصادقين، ومن المحتمل أن يكون تدخلهم أقل فاعلية. ومن المحتمل أن يقود إيجاد المكان، ومجموعات الأفراد،

والأسلوب لتكون طبيباً إكلينيكياً مُتسقاً ومنسجماً مع هوية الفرد الشخصية (مثل: نقاط القوة، نقاط الضعف، المهارات، القيم، الأهداف) ومُساندٌ بواسطتها، إلى مشاعر هائلة من الرضا وإلى مشاعر أقلَ جداً من الإحباط والتوترات التي تزيد من خطر الاحتراق (Baker, 2003; Handelaman et al., 2005; Ronnestad & Orlinsky, 2005).

تناسق الأخلاق الشخصية والمهنية
Aligning Personal and Professional Ethics

قيمة الهوية بلا ريب أنه يأتي معها في أغلب الأحيان هدف.
Robert R Grant

تُعد الأخلاق والآداب مظاهر هامة للهوية الشخصية والمهنية. وفي أفضل سيناريو حالة تُغني أخلاق الفرد المهنية والشخصية بعضها البعض وتزيدها قيمة ((Fowers & Davidov,2006; Handelsman et al., 2005; Kitchener, 1984). ولسوء الحظ، وكما هو موضح بواسطة أوصاف المُعضلات والمشكلات المهنية المختلفة في كافة أنحاء هذا الكتاب، فهذه ليست دائماً القضية. لقد تجاوز الدكتور هيلبر (الفصل الثاني) عدداً من الحدود المهنية لكي يُساعد زوجة مريض متوفى. هل كان يُمكن أن يتخذ قرارات مختلفة فيما لو حَرَّكت أخلاقُه المهنية قراراتِه إلى درجة أكبر؟ إضافة لذلك، بدا قرار الدكتور سعيد (الفصل الثاني) بإخراج أندريا ييتس من المستشفى مدفوعاً بشكل أولي بفهمه وإدراكه لمطالب الرعاية المتمكنة المُدارة والوقت المحدود، ومدفوعاً قليلاً بأخلاقه الشخصية والمهنية.

وعندما يعمل الأطباء الإكلينيكيون من خلال كلٍ من قيمهم الثقافية أو الروحية الخاصة، بالإضافة إلى مدونة (قانون) مجالهم المهني، ويبحثون بشكل نشط عن طرق لدمج مجموعتي القيم (التكامل)، فإنهم يقومون بعملية اتخاذ القرارات الأغنى والأكثر تطوراً للتداول أثناء المعالجة (Handelsman et al., 2005) (انظر الجدول 14.7). وبدلاً من الاختيار بين هاتين المجموعتين المتنافستين ظاهرياً، فإن على الأطباء الإكلينيكيين أن يستخدموا كلتا المجموعتين لإبلاغ القرارات ولمساعدتهم على توجيه القرارات الصعبة.

جدول (14.7):

أنموذج التمازج (التبادل) الثقافي الأخلاقي

		الاخلاق الشخصية	
		متدنية	عالية
فهم (التعاطف مع) الأخلاق المهنية	متدنٍ	التهميش	الانفصال
	عالٍ	الاستيعاب	التكامل (الدمج)

ونسبةً إلى الأطباء الإكلينيكيين في موقف التكامل (الدمج)، فإن الأطباء الإكلينيكيين الذين يعملون بقيمهم الشخصية أو المهنية فقط (الانفصال أو الاستيعاب على التوالي) يُعانون من وقت أكثر صعوبة في الاستجابة للمشكلات الأخلاقية، وهم أكثر احتمالاً للشعور بالعزلة عن قيمهم الشخصية أو مهنتهم، ومعرضون لخطر الاحتراق بشكل أكبر (Handelsman et al., 2005). أما الأطباء الإكلينيكيون الذين يتبنون منهج الاستيعاب فقد يُطبقون قانون الدولة ومعايير مهنتهم الأخلاقية بأسلوب روتيني متكرر دون فهم للمبادئ التي تشكل أساس المعايير أو دون إدراك بأنهم مُوَجهُون غير كفؤين للممارسة. ويُشير هاندلزمان وزملاؤه (Handelsman et al., 2005) بأن هذا يُشبه "بناءَ مبنى قوي على أساس مهزوز، والذي قد يقود إلى تطبيقات فارغة وقانونية وبسيطة جداً لمبادئنا الأخلاقية" (p. 61). من ناحية أخرى، لا يستخدم الأطباء الإكلينيكيون الذين تبنوا موقف الانفصال (الفصل) معاييرهم الأخلاقية لتوجيه اتخاذهم للقرار، إذ إنهم ربما يُثيرون إيماءات "وديّة" على حساب استقلال مرضاهم الذاتي أو خصوصيتهم، أو ربما يكونون مُحبطين بسبب مُحددَات مدونة الأخلاق (دون النظر لمواطن قوة المدونة). أو ربما يعتقدون أن قيمهم الشخصية أقوى وأكثر نفعاً من القيم المتعلقة بمهنتهم.

وربما يكون الأطباء الإكلينيكيون الذين يتبنون موقف التهميش في خطر أكبر تماماً يتعلق بالإخلال والانتهاك الأخلاقي؛ لأنهم حائرون، أي دون توجيه للأخلاق المهنية أو للقانون الأخلاقي الشخصي (Handelsman et al., 2005). وحتى الأطباء الإكلينيكيون الأخلاقيون والجيدون قد يُهمشون (يُحجمون) الأخلاق الشخصية والمهنية أثناء الأزمة الشخصية. أما الأطباء الإكلينيكيون الأكثر فاعلية فبإمكانهم أن يروا ويدركوا القضايا الإكلينيكية المُتضَمِنة للموافقة المسبقة، والسرية والخصوصية، والعلاقات الثنائية، والقضايا الأخرى، وذلك من وجهة نظر الصداقة، كما يُدركونها أيضاً من خلال المبادئ والمعايير الأخلاقية لمهنتهم. علاوةً على ذلك، فإن فهم مدونة الفرد الأخلاقية الضمنية وقيمه قد يجعل الأمر أكثر سهولة من أجل تقدير المبادئ الكامنة التي تحكم مدونات وقوانين الأخلاق.

الخلاصة Summary

لا بد أن تكون الممارسة الأخلاقية الإيجابية أكثر من وضع دفاعي عن المعايير الأخلاقية بأسلوب متكرر وروتيني (Handelsman et al., 2005)؛ إذ يجب أن تكون مُوَجَهَةً بدلاً من ذلك بواسطة التطلعات الشخصية والمهنية الأوسع. وتتضمن العوامل الأخرى التي يجب أن تُلهم وتؤثر على قرارات الأطباء الإكلينيكيين: الانتباه والاهتمام بالمعايير الطموحة (المُلهمة)، والتشريعات القانونية، وقوانين الدولة، وقرارات المحكمة، ومنهجهم النظري وقوانينهم الأخلاقية الشخصية، ومتطلبات الهيئة (الوكالة)، وتشخيص المريض وخطة المعالجة. ويُمكن أن تكون هذه العوامل متعارضة مع بعضها من حين لآخر. لكن يُمكن أن تُفاوض هذه المُعضلات والمشكلات بالسعي إلى العمل الإكلينيكي التعاطفي والأخلاقي والفاعل.

لقد قدمنا إطاراً (مرجعية) لاتخاذ القرارات الإكلينيكية ضمنه. وهذا يتضمن: (أ) تطوير وجهة نظر واسعة تأخذ بعين الاعتبار العوامل المتعددة (مثل: المعايير الأخلاقية، المبادئ الطموحة، القوانين والقرارات، سياسات الهيئة، التوجه النظري، وجهة نظر المريض، المصلحة الذاتية الإكلينيكية)، (ب) تمييز وتقييم الخيارات المتعددة، (ج) اختيار خطة، (د) اتخاذ إجراء، (هـ) مراقبة التغذية الراجعة (الردود) حول تأثير وفاعلية الخطة. وقد قُدمت الأمثلة حول تحديات العالم الحقيقي التي قد يواجهها الفرد خلال العمل الإكلينيكي، بما فيها الاعتبارات القانونية، ومتطلبات مكان العمل، والاعتبارات المالية، والأولويات ومحددات الوقت والطاقة (القدرة)، وقضايا إشرافية.

وتُشكل الأخلاق الإيجابية بأهداف الفرد الإكلينيكية وتطلعاته، ولكنها مدعومة أيضاً بآداب وأخلاق الفرد الشخصية، وقيمه، والإحساس بالهوية. وفي ظل أفضل الظروف سَتُبَلَّغ وتُلهم هويات الفرد الشخصية والمهنية وتكون مساعدة لبعضها.

كيف تُطبق هذه القضايا في حياتك وعملك؟

1. جهز قائمة المهارة الشخصية، بما فيها مستويات مهارتك الحالية في مجالات متعددة ومتنوعة، والكفاءات، والاتجاهات، ونقاط القوة وضعف الشخصية، وخاصة تلك التي قد تؤثر على ممارستك الإكلينيكية (Bashe et al., 2007; Bennett et al., 2006). ما هي نقاط القوة ونقاط الضعف لديك؟ كيف يمكن لنقاط قوتك أن تكون بمثابة نقاط ضعف؟ كيف يمكن لنقاط ضعفك أن تكون بمثابة نقاط قوة؟ ما الذي يقترح هذا التقييم أنه يتوجب عليك عمله لتستمر في التطور طبيباً أخلاقياً؟
2. عُد إلى "سيرة الأخلاق الذاتية" (Bashe et al., 2007) التي كتبتها في الفصل الثاني. ادرس كيف يُمكن تتقاطع هذه الخبرات مع مبادئك ومعايير انضباطك الأخلاقية الجديدة وتُساندها أو تتحداها. ما الذي توحي به حول تمازجك الثقافي الأخلاقي؟ (انظر الجدول 14.7).
3. ما هي التحديات الأخلاقية التي واجهتها في سياق الممارسة الخاصة بك حتى الآن؟ ما هي المتطلبات والعوامل المتنافسة التي واجهتها في هذه المواقف؟ بما أنك لخصت الاستراتيجيات الملائمة لحلّ هذه التحديات، فما هي التكاليف طويلة الأمد والمنافع الأمد والمنافع لكل خيار؟
4. ادرس ماذا كان يُمكن أن تكون خبرتك لو كنت أنت المريض في الموقف الذي وُصِفَ سابقاً (Kitchener, 1986). هل يُغيّر هذا التفكير من إدراكك وفهمك للموقف؟ هل يُغيّر من سلوكك، وإذا كان كذلك، فكيف؟

الفصل الخامس عشر 15

الرعاية الذاتية الشخصية والمهنية
Professional and Personal Self-care

إلى أين نتجه؟

1. ما هي الرعاية الذاتية؟ لماذا تعتبر مهمة؟
2. ما هي المخاطر التي يواجهها الأطباء الإكلينيكيون التعاطفيون في عملهم؟
3. كيف يُمكن أن يبقى الأطباء الإكلينيكيون يقظين وحذرين من هذه المخاطر؟
4. ما هي الضغوط الأخرى التي يواجهها الأطباء الإكلينيكيون؟
5. ما هي أنواع استراتيجيات الكفاح (التحمل والتغلب على المشكلات) الأفضل للتعامل مع التوتر؟
6. كيف يُمكننا منع التوتر بدلاً من مجرد تعلُّم التعامل معه بفاعلية؟

كيف تقوم بعمله ؟

How do You Do it?

شيلا كارلوكسيو Shila Caluccio

كما أُرسل على خدمة النقاش على الإنترنت للعلماء النفسيين:

أرفض مناقشة هذا بما أنني عُدت مؤخراً إلى الممارسة الخاصة بشكل جزئي بعد إجازة طبية لمدة طويلة. حالياً، أجد نفسي أحاول موازنة حالة المريض بشكل دقيق، مع العناية الشخصية، والاهتمام بوالدتي التي تمكث في المستشفى بعد خضوعها لجراحة قلب مفتوح.

قبل سنة واحدة أُصيبت والدتي بجلطة دماغية تركتها فاقدة للبصر بشكل جزئي. في ذلك الوقت، سألت عن خدمة النقاش على الإنترنت للعلماء النفسيين في منطقتنا، والذين قد يقدمون معالجة خاصة للقضايا الطبية في مرحلة الشيخوخة. لم أتلق توصيات للإحالات فقط، بل تلقيت أيضاً دفقاً من الردود والاستجابات المُساعِدَة الدافئة من قائمة المشتركين في الخدمة؛ إذ أن العديد قد اشتركوا في المصاعب والصعوبات التي واجهوها أيضاً خلال اهتمامهم ورعايتهم بالأقرباء والمرضى والمسنين. لقد كان وقتاً صعباً، وكان تركيزي منصباً على كيفية الحصول على أفضل إحالات محتملة لها.

لكن ذلك ليس ما أكتب الآن لأجله. أنا أكتب الآن بشأني. فهذا البريد حول موازنة تلقي الرعاية مع العناية الذاتية .. حول الكفاح من أجل الدفاع عن قريب أُدخِل المستشفى عندما ترى الحوادث والمشكلات الطبية التي قد لا تُعرّض للخطر لكنها تؤثر على نوعية العناية والرعاية التي يتلقونها.. كفاحٌ بتلمس عواطفك دون تمثيل في مثل هذه المواقف والحالات الطبية المشحونة عاطفياً، كفاحٌ من أجل أن تكون حاضراً وموجوداً مع المرضى عندما يكون فرد العائلة المريض على بالك، كفاحٌ مع الذنب بمشاهدة أفراد العائلة يبثون ويُغدقون رعايتهم أربعاً وعشرين ساعة طوال الأسبوع لأنك تُصارع وتكافح بشعور "الأناني" إذا ضَمَّنْتَ العناية الذاتية في ذلك الموضوع، كفاحٌ بالوعي الشخصي دائم التطور بأن الحياة هَشّة وقصيرة ولا يجب أن تكون ضائعة.

أتمنى ألاّ أجد –إذا جاز التعبير– "الأنس–التذمر والتشكي". أُدرك أن ثمة آخرين كانوا هنا في حال أسوأ بكثير. وأود أن أسمع كيف حولوا أسلوبهم إلى العناية الذاتية بينما يبقون مهتمين برعاية الآخرين الشخصية والمهنية.

- ما هي حواجز الرعاية الذاتية التي تميزها الآنسة شيلا؟ ما التأثير الذي تراه شيلا لهذه الحالة على عملها كعالم نفسي بوصفها تعاني منها؟
- ما رأيك بالطبيب أو الطبيبة الإكلينيكي، مثل الآنسة شيلا، الذي يسأل هذه الأسئلة؟ لماذا؟ وماذا عن الطبيب الإكلينيكي المُرهق والكئيب، لكنه لا يسأل مثل هذه الأسئلة؟
- لو طرحتَ أسئلة مماثلة حول نفسك، فكيف تشعر تجاه القيام بذلك؟ متى كنت تطرح هذه الأسئلة على الأغلب؟

الوعي الذاتي والرعاية الذاتية Self-Awareness and Self-Care

تذبل الحياة أو تنفتح نسبة إلى شجاعة الفرد
Anais Nin

يُمكن أن تكون المعالجة تفاعلية، أو متجاوبة لكل نفحة رياح، أو إيجابية، وذلك تبعاً للبنية والتركيب الذي يوجه مسار المعالجة ويمنع المشكلات. وفي سياق هذا الكتاب لخصنا عدة استراتيجيات لتأكيد الإيجابية والتفكير التقدمي في المعالجة، بما في ذلك استخدام التحالف العلاجي، والتقييمات، وخطة المعالجة لوضع وتوجيه مسار المعالجة. وفي هذا الفصل نقترح مُوجهان إضافيان للمعالجة، وهما: الوعي الذاتي والرعاية الذاتية.

يُعد تقييم مهارات الفرد، والكفاءات، والاتجاهات، ونقاط القوة والضعف –كما نوقش في الفصل الثاني- جزءاً مهماً لتكون أخلاقياً، وخاصة بوصفها تؤثر على الممارسة الإكلينيكية (Bannett el al., 2006). من ناحية ثانية، يتطلب البقاء أخلاقياً المراقبة الذاتية المستمرة والوعي الذاتي، والذي يتضمن (البقاء أخلاقياً) الاهتمام بالعوامل في الماضي والحاضر التي قد تؤثر بشكل سلبي على المهارة الإكلينيكية، والكفاءات، والاتجاهات نحو المعالجة والمرضى، وتتضمن ذلك إدراك الطرق التي يُمكن أن تكون من خلالها نقاط القوة بمثابة نقاط ضعف (Bashe et al., 2007). ويتطلب البقاء أخلاقياً أن تكون متيقظاً للإشارات والإيماءات داخل الجلسات وعبرها، بما في ذلك الحدود غير الواضحة (المشوشة)، والتهكم والملل المتزايدان، وحالات الإخفاق بأن تكون تعاطفياً، والأذى التبديلي (المتحمل بالنيابة عن الغير-الصدمات غير المباشرة).

مخاطر تقديم العلاج التعاطفي
Dangers in Providing Empathic Therapy

طالما هنالك حياة فهنالك خطر.
رالف والدو إيرسن
Ralph Waldo Emerson

يُعد التعاطف -كما ناقشنا في كافة أنحاء هذا الكتاب- مفتاحاً للعمل بشكل فاعل مع مدىً من المرضى والقضايا. وأن يكون الطبيب الإكلينيكي تعاطفياً يعني السماح لنفسه لكي يكون منفتحاً بشكل عاطفي (انفعالي) ومتقبلاً لمشاعر مرضاه ويبذل قصارى جهده لفهم الكيفية التي يدرك بها مرضاه العالم وأنفسهم. من ناحية أخرى، يُمكن أن يكون تقديم المعالجة التعاطفية باستمرار مطلباً للأطباء الإكلينيكيين إلى حدٍ بعيد، أما إبقاء التوازن بين الوجود العاطفي (الانفعالي) الصحي، والبعد (المسافة) المتسم بالاحترام، والموضوعية فهو تحدٍ لجميع الأطباء الإكلينيكيين التعاطفيين (Wicks, 2008). وتعد الرعاية الذاتية الجيدة ضرورية وأساسية بشكل خاص عندما يكون التعاطف قيمة مهمة.

تتضمن الرعاية الذاتية الاهتمام بحاجات الفرد، والتي تُعد أساسية لكل البشر؛ وتتضمن تلك الحاجات الانتباه والاهتمام بصحة الفرد الجسدية، والمعرفية، والانفعالية، والروحية (.Carroll Gilroy, & Munrra, 1999). ويعد اعتناء الفرد بنفسه كثيراً على نحو جيد –بشكل شخصي ومهني معاً- أمراً هاماً ليُصبح ويبقى طبيباً إكلينيكياً فعالاً. إضافةً إلى أن الرعاية الذاتية الجيدة تزيد فرص الأطباء الإكلينيكيين ليبقوا صحيين عقلياً وجسدياً ومُعافيين.

وتؤدي الرعاية الذاتية وظائف متعددة في تقديم العلاج الفاعل. أولاً، تسمح الرعاية الذاتية للأطباء الإكلينيكيين بأن يكونوا أكثر تعاطفاً ومشاركة بينما يخفضون المخاطر مثل الاحتراق، وذلك كما سيُناقش لاحقاً (Coster & Schwebel, 1997; Schwebel & Coster, 1998). ثانياً، يُحسن عرض و(نمذجة) أسلوب حياة صحي فَاعِلية أي تدخل علاجي بقوة. وأخيراً، تحمي الرعاية الذاتية الجيدة المرضى من خلال خفض خطر الانتهاكات الأخلاقية من ناحية الأطباء الإكلينيكيين (Carroll et al., 1998). في الحقيقة، عيّن بعض الأطباء الإكلينيكيين العناية الذاتية "أولوية أخلاقية" من حيث أنهم يعتبرونها ضرورية لتجنب إيذاء المرضى (Barnett, Baker, Elman, Schoener, 2007; Carroll et al., 1999).

ويُدرك معظم الأطباء الإكلينيكيين الممارسين أن الرعاية الذاتية هامة، وهم يعرفون أيضاً بشكل جيد العديد من الاستراتيجيات المتعلقة بالعناية الذاتية الجيدة (Wicks, 2008). في الواقع، يُشجع الأطباء الإكلينيكييون ويؤكدون على الرعاية الذاتية فيما يتصل بمرضاهم بشكل عام (Carroll et al., 1999). ورغم ذلك، فعندما يتعلق الأمر بممارستهم الخاصة للرعاية الذاتية، فإنهم ليسوا

جيدين جداً بشكل عام في ذلك (Baker, 2003). لماذا يكون هذا على النحو المشار إليه؟ يُعطي الكثير من الأطباء الإكلينيكيين نفس الأسباب لرعايتهم الذاتية غير الملائمة (الناقصة) كما أي شخص آخر –قلة الوقت، والأولويات المتنافسة، وقلة الطاقة (القدرة). إضافةً إلى أنهم غالباً ما يضعون رعاية الآخرين قبل رعاية أنفسهم، ويهملون احتياجاتهم الخاصة، ويشعرون أنهم "أنانيون" أو مذنبون عندما يهتمون برعاية أنفسهم (Carroll et al., 1999; Wicks, 2008).

ومع ذلك، يتطلب تقديم المعالجة الفاعلة تأكيد الوضوح في الحدود البينشخصية بين الذات والمرضى، وبقاء الوجود بشكل صحي وعاطفي (انفعالي) ومُشترك في العمل الإكلينيكي، ومساعدة المرضى على التعامل مع القضايا المؤلمة دون مواجهة الصدمة بشكل بديل. ويعد الأطباء الإكلينيكيون الذين لا يؤكدون ويبقون على اتزانٍ صحي في حياتهم معرضون بشكل أكبر لخطر الحدود غير الواضحة، والاحتراق، والأذى البديلي (Bennet et al., 2006). علاوةً على ذلك، قد يتفاعل الأطباء الإكلينيكيون المُرهقين والمتوترين الذين لا يوجد اتزان في حياتهم بشكل متهور ومندفع مع مرضاهم الذين يرونَ الأطباء الإكلينكيين على أنهم مطلب أو مُناورين (متلاعبين) أو مزعجين. وقد ينهمك الأطباء الإكلينيكيون أيضاً في تمكين السلوكات التي لا تُلبي حاجات المريض طيلة الأمر، لأنهم غير قادرين على التراجع وإدراك الصورة الكلية للمعالجة.

الحدود غير الواضحة Blurred Boundaries

تتضمن الحدود (Boundaries) –في سياق العلاج- الأُطر (التركيبات) أو الفهم المشترك، والتي تحدد أدوار الطبيب الإكلينيكي والمريض. ويمنح الإطار ويُقدم "القواعدَ الإجرائية للعلاج"، والتي تتضمن كلاً من التركيب (البُنية) (مثل: الوقت، والمكان، والمال) ومحتوى وقت الجلسة (ما يتضح ويتجلى فعلاً بين الطبيب الإكلينيكي والمريض) (Smith & Fitzpatrick, 1995).

وكما نوقش في الفصل الثاني، فمن المفيد أن نُميّز ونفرق بين معابر الحد وانتهاكات الحد. معبر (عبور) الحد هو تعبيرٌ غير انتقاصي (غير ازدرائي) يصف الانحرافات والخروج عن الممارسة المقبولة بشكل عام، والتي قد تفيد أو قد لا تفيد المريض (Guthiel & Gabbard, 1993; Smith & Fitzpatrick, 1995). أما انتهاكات الحد فهي عبارة عن الانحرافات التي يُدركها أكثر الأطباء الإكلينيكيين كخطرٍ مع احتمالٍ عالٍ بالنتيجة السلبية بالنسبة للمرضى. وهذه تتضمن العلاقات الثنائية مثل العلاقات الجنسية والمقايضة.

لا يتورط أغلب الأطباء الإكلينيكيين بانتهاكات الحد عمداً، أو بالسلوكات الأخرى التي قد يدركونها على أنها ضارة فعلاً برضاهم. ويشير بضعة علماء نفسيين مُجازين ومُرخصين إلى توقع ممارسة

الجنس مع المريض على مسار مهنتهم؛ رغم أن ذلك واردٌ في الدراسة المؤرخة الآن فقط؛ إذ إن ما يقارب (9.4%) من الرجال و(2.5%) من النساء قد ذكروا أنهم أقاموا علاقات جنسية مع مريض واحد على الأقل طوال مسار مهنتهم (Pop, Keith-Spiegel & Tabachnik, 1986). إضافةً إلى أن العديد قد ذكروا عن امتلاكهم لمشاعر رومانسية أو إحساسات جنسية نحو المريض من حينٍ لآخر طوال مسار مهنتهم. يفهم الأطباء الإكلينيكيون الأخلاقيون والمؤهلون المشاعرَ الجنسية، وينهمكون في رعاية ذاتية منظمة ليقللوا من خطر التورط بانتهاكات الحد، ويطلبون الاستشارات لمنع الإضرار بالمريض، ويستمرون على تواصلٍ مع التوجيهات الأخلاقية من خلال القراءات، والإشراف والتدريب (Bennett et al., 1996).

ويُراقب الأطباء الإكلينيكيون ويلاحظون متى يتورطون بمعابر الحد، والتي –رغم أنها سلوكات أقل خطورة- تُعرّض الأطباء الإكلينيكيين لخطرٍ أكبر من التورط بانتهاكات الحد (Guthiet & Gabbard, 1993; Lamb & Catanzaro, 1998). وقد وجدت إحدى الدراسات أن الأطباء الإكلينيكيين الذين يُبلّغون عن ارتكابهم لبعض أنواع معايير الحد (مثل: كشف تفاصيل الأمر المُجهد والمُرهق الشخصي (السبب)، أو البكاء أمام المريض، أو منح المريض اشتراكات رياضية أو تذاكر مسرح غير مستعملة) كانوا أكثر احتمالاً للإبلاغ عن المشاركة بعلاقات جنسية مع المرضى (Lamb & Catanazaro, 1998). ويُمكن أن تُفسر هذه النتيجة بأسلوبين على الأقل –إما بأن معابر الحدّ ترفع مجازفة الأطباء الإكلينيكيين بالنسبة لانتهاكات الحد أو بأن الأطباء الإكلينيكيين الذين يتورطون بانتهاكات الحد يشتركون أيضاً بمعابر الحد. وفي أي حالة، يجب على الأطباء الإكلينكيين أن يعترفوا ويذكروا عندما يأخذون بعين الاعتبار التورط بمعايير الحد، ويدركوا دوافعهم المتعلقة بالسلوك وكلف التورط بالسلوك المشكوك به، ويناقشوا مع الزملاء أو المشرفين أو المرضى أنفسهم ما أمكن الانحرافات عن المعايير المهنية بشكل مدروس (Barnett, Lazarus et al., 2007; Bennett et al., 2006).

ورغم أن الأطباء الإكلينيكيين الأخلاقيين والمؤهلين يُمكن أن يَقبلوا بكل سهولة –نظرياً- بأن وضع الحدود الصحية هو جزء أساسي من العمل الإكلينيكي الجيد، إلا أن ما تعنيه هذه الممارسة يُمكن أن يكون غير واضح في أغلب الأحيان بسبب التعدد الواسع للنماذج النظرية المقبولة والتدخلات والأوضاع المستخدمة في المجال (Epstein & Simon, 1990; Knapp & Slattery, 2004; Slattery, 2005). وربما يُدرك المعالجون ذو التوجه التحليلي النفسي الكشفَ الذاتي والعملَ الداعم على أنهما غير مؤثرين، وغير ملائمين، وخارج الحدود المقبولة. على أية حال، يُميز ويستخلص الأطباء الإكلينيكيون الذين يعملون في الأماكن والأوضاع المجتمعية، أو يزورون المرضى ذوي المرض

الحاد أو الذين يعانون من مشكلات تنقل، أو يعملون تعميماً داخل بناء المجتمع للمهارات الحدود المُساعدة والفاعلة بشكل مختلف (Epstein & Simon, 1990; Knapp & Slattery, 2004; Slattery, 2005; Zur, 2001).

ممارسة إكلينيكية Clinical Practice

ستجد فيليس (Phyllis) مع أبنائها المراهقين (14 و15 عاماً) الذين ينتهكون القواعد العائلية ويرفضون آراء الوالدين. وتفكر فيليس كثيراً بشأن المريض تشارلي (13 عاماً) الذي يتصف والديه بأنهما ناقدين ومهملين لحاجاته. مؤخراً، كان تشارلي يمر بأزمة، وما زالت تمتد وتتوسع جلساتهم كثيراً إلى ما وراء حدودها الطبيعية. كيف تعرف فيليس ما إذا كانت معابر الحد هذه مُساعِدةً أو إشكالية؟ ما الإجراءات التي يجب أن تفكر بها في هذه المسألة؟

الاحتراق Burnout

يُشير الاحتراق لدى مقدمي الرعاية الصحية –والمسمى غالباً بإعياء الشفقة– إلى الفقد التقدمي والمتوالي للوضع المثالي وللطاقة (للقدرة) وللإحساس بالهدف المتعلق بعمل ومهمة العلاج. والاحتراق موصوفٌ بالإنهاك والإعياء الانفعالي (الاستنزاف العاطفي)، وتبدد الشخصية المتزايد للمرضى، ونقص الإحساس بالإنجاز الشخصي (Jenaro, Flores, & Arias, 2007; Rupert & Kent, 2007). قد يبدو الأطباء الإكلينيكيون الذين يحترقون يائسين، ويتحررون وينسحبون من مرضاهم، ويواجهون أعراض الإجهاد (التوتر) والاكتئاب والقلق (Wicks, 2008). ويحدث الاحتراق بسبب كلٍ من العوامل المرتبطة بالعمل؛ مثل العمل المُفرط وفقد السيطرة، وبسبب العوامل الشخصية مثل الاحتياجات التي لم تُشبع ولم تُلبى (Baker, 2003). وقد وجدت دراسات متعددة حول الأطباء الإكلينيكيين أن أولئك الأطباء الإكلينيكيين ذوي الكفاءة الذاتية العالية، والإحساس بالإنجاز الشخصي، والرضا الوظيفي، واستراتيجيات الكفاح الإيجابية كانوا أقل احتمالاً للإبلاغ عن مشاعر الاحتراق (Jenaro, et al., 2007; Kramen-Khan & Hansen, 1998). ادرس الكيفية التي يصف بها مايكل بارتي (Michael Partie) عملية الاحتراق هذه لكلٍ من المرضى والأطباء الإكلينيكيين.

كيف نتفادى الالتزام بطابع مؤسسي؟

How Can We Avoid Being 'Instituionalized?

مايكل بارتي Michael Partie

يقترح مايكل بارتي (Partie, 2005) أن مُعالَجَة الصحة النفسية يُمكن أن تُوسِع أو تُقَلِصَ وجهة نظر الناس تجاه أنفسهم والعالم. ولم يتوقف عن هذا الحدّ، إذ أشار إلى أننا أنفسنا نواجه انحطاطاً أخلاقياً يعمل في بعض الأماكن ومع بعض الناس -مالم نتصرف لمنع هذا الأمر من الوقوع.

يعيش الأشخاص الذين نُساندهم وندعمهم في عوالم صغيرة جداً .. وعوالم بقيت صغيرة في الغالب بسبب الأسلوب الذي نُقدم به الخدمات. وتُوسع مساعدة الناس حجم عوالهم -اجتماعياً، ومهنياً، وجسدياً، وانفعالياً، وترويحياً (ترفيهياً)، ووجودياً- ويجب أن تكون (مساعدة الناس) أولوية قصوى. لا تتعلق المؤسسية بنوع الأبنية أو العقارات التي يشغلها الفرد، بل تتعلق بفقد القدرة (القوة والصلاحية)، والحركة، والحرية، والرؤية.

لكن كيف نمنع أنفسنا من أن نصبح ملتزمين بطابع مؤسسي؟

للتبرير، يُشير طبيب الأعصاب أوليفير ساك (Oliver Sack) بأن عملية الالتزام بطابع مؤسسي عملية غير مرئية وغير مسموعة في أغلب الأحيان، ويُمكن أن تُباغت أي غافل أو غير واعٍ منا. ويعتبر الوعي والإرادة لمقاومة تأسيس التأثيرات في أنفسنا وفي الآخرين بدايةً جيدة. ويُمكن أن يمنعنا التفكير بممارساتنا والشك بافتراضنا من أن نصبح كُسالى أو ننحدر إلى الخرافة. ويُمكن أن يُبقينا إعلان النجاحات والاحتفال بها -فردياً أو جماعياً-مُركزين بشكل إيجابي. أما الأمانة الملتزمة والنزاهة الفردية، واحترام وتكريم العمل الجيد للآخرين، ومواجهة زملائنا بشجاعة عند اللزوم، وتلقي المديح والثناء بكياسة والتعديل بامتنان، وربما الأهم من كل شيء الاقترابُ من حياة الآخرين بتواضع، فجميعها طرقٌ وأساليب يُمكننا أن نحفظ بها إنسانيتنا بينما نساعد الآخرين على عيش حياة متميزة. (para 9-11)

- هل سبق وأن مررت ببعض الأوضاع أو الفترات التي أحسست بها أنك ملتزم بطابع مؤسساتي؟ إذا كان كذلك، كيف أدركت ذلك؟ ما الذي ساعدك لتتحرر من ذلك؟ أو، إذا كنت تشعر بأنك قد تقيدت بذلك الطابع، فما الذي ساعدك لتبقى ذا تركيز بشكل إيجابي أثناء الفترات الأفضل؟

الأذى البديلي (الصدمات غير المباشرة) Vicarious Traumatization

عندما يعمل الأطباء الإكلينيكيون مع مرضى ضحايا أو ناجين من العنف أو أحداث مؤلمة أخرى، فإنهم معرضون لخطر الأذى البديلي، والذي يُسمى أيضاً بالتمييز الثانوي. ويعتبر الأذى البديلي عملية تراكمية "تحوّل خلالها خبرة المعالج الداخلية بشكل سلبي عبر الارتباط التعاطفي مع محتوى أزمة المرضى" (Sabin-Farrell & Turpin, 2003; p. 279). ويمكن أن يقود الأذى البديلي إلى إقصاء الأطباء الإكلينيكيين، فيُصبحون متلبدي الشعور أو فاقدين للثقة بالآخرين، بينما تبدأ خبرات ووجهة نظر مرضاهم العالمية بالتأثير على وجهات نظرهم (Baker, 2003).

وبشكل هام، من خلال التعريف، يَنتج الأذى البديلي من الارتباط عاطفياً بمادة (حالة) المرضى المؤلمة (Sabin-Farrell & Turpin, 2003). وهذا يعني أن الأطباء الإكلينيكيين التعاطفيين يُجازفون ويخاطرون باستيعاب وتشرب ذلك الألم في ذواتهم. فعلى سبيل المثال، قد يدمج الأطباء الإكلينيكيون قصص مرضاهم المؤلمة في ذاكرتهم الخاصة، والذي قد يقود إلى استرجاع معاناة الأطباء الإكلينيكيين، أو أحلام الصدمة، أو الأفكار التدخلية، وكلّها أعراض لإجهادِ ما بعد الصدمة (Dunkley & Whelon, 2006). وقد وجدت إحدى الدراسات أن الأطباء الإكلينيكيين الجدد وأولئك الذين لهم تواريخ (أحداث ماضية) صدمة خاصة كانوا أكثر احتمالاً للإبلاغ عن صعوبات نفسية في سياق العمل مع الصدمة (Pearlman & Mac Ian, 1995).

ممارسة إكلينيكية Clinical Practice

سام (Sam) طالب جامعي في السنة الثانية، يعمل حالياً مع مريض ذا تاريخ في الإساءة للأطفال. ومنذ بدء هذا العمل كان سام عصبياً ويعاني من مشكلات كثيرة في النوم. يتساءل سام ما إذا كان يجب عليه أن يُخبِرَ مُشرفه بذلك، وما يجب عليه فعله –إذا كان ثمة شيء آخر.

البقاء متيقظاً للمخاطر عند تقديم العلاج التعاطفي
Remaining Vigilant to Dangers in Providing Empathic Therapy

خلال التعامل مع أولئك الذين يمرون بمعاناة كبيرة، إذا كنت تشعر بحالة الاحتراق، إذا كنت تبدو محبطاً ومنهكاً، فمن الأفضل لأجل كل شخص أن تنسحب وتجدد ذاتك. الغاية هي أن تملك وجهة نظر طويلة الأمد.
Dalai Lama

لأن هذه المخاطر دائمة الحضور بالنسبة للأطباء الإكلينيكيين التعاطفيين، فمن الحاسم أن يتعلم الأطباء الإكلينيكيون ما يتعلق بها ويفهموها ويبقون متيقظين في عملهم الخاص لإشارات هذه المشكلات. وتتطلب هذه اليقظة الالتزام بالصدق والتقدير الذاتي المستمر والرغبة بإحداث التغييرات في عمل الفرد عندما تُكشف وتَظهر إشارات هذه المشكلات (Baker, 2003). وقد تم تطوير العديد من المصادر المفيدة لمساعدة الأطباء الإكلينيكيين على أن يبقوا متأهبين، ويمنعوا المشكلات قبل وقوعها –أو على الأقل في وقتٍ مبكر ما أمكن.

يجب أن يتعلم الأطباء الإكلينيكيون أن يدركوا الحدود غير الواضحة وأعراض الاحتراق والأذى البديلي. وقد يدركون الحدود الفاعلة عندما ينتقلون إلى أدوارٍ غير علاجية أو عندما ينهمكون بسلوكات لا تتفق مع العمل الإكلينيكي (Pop et al., 1988; Slattery, 2005). وتتضمن أعراض الاحتراق شعور الطبيب الإكلينيكي بأنه غريب الأطوار وعصبي جداً. أو بأنه مستاء من الوقت الذي يُقضى مع الآخرين، أو مرتاح عندما يُلغي المرضى مواعيدهم، أو ضجر أو لا مبالٍ بعمله أو عمل المرضى، أو منهك، أو ساخر، أو أنه معزول على أساس اعتيادي لا عرضي (Jenaro et al., 2007; Weiss, 2004).

من المحتمل أن أكثر الأطباء الإكلينيكيين –إن لم يكن جميعهم- يشعرون بين الحين والآخر بأنهم ضجرون، ومنهكون، وساخرون، وغير متعاطفين (Pope & Vasquez, 2005) (انظر الجدول 15.1). وبشكل مثالي، من ناحية ثانية، سيدرك الأطباء الإكلينيكيون هذه الإشارات ويتدخلون بسرعة. ويجب عليهم أن يستغلوا الإشراف، وإشراف الأقران، والاستشارة الرسمية وغير الرسمية لمساعدتهم على تقييم إدارتهم لهذه المخاطر دائمة الحضور. ويقدم عدد من الكتب قوائم تقدير وأسئلة للتفكير (Baker, 2003; Pope & Vasquez, 2005; Wicks, 2008). وهذه المصادر يُمكن أن تكون مفيدة إلى حد بعيد في تسهيل هذا التقييم الذاتي المستمر. لكنها –بلا شك- مفيدة فقط عندما تستخدم بانتظام!

أخيراً، وكما وصف في الفصل الثاني، فإنه يُمكن التفكير بالخطر الإكلينيكي على أنه دالة لأربعة متغيرات (أي: العوامل المتعلقة بالمريض، والعوامل المتعلقة بالطبيب الإكلينيكي، والتدخل، والسياق: Bennett et al., 2006). ووجود الوعي بهذه العوامل –وخاصة العوامل المتعلقة بالطبيب الإكلينيكي –يُمكن أن يُوجه تقييم الفرد المنظم للمهارات، والمعرفة، والمصادر الانفعالية، والخبرة؛

ويُخفف عوامل الخطر المستمرة؛ ويُدير الضغوط بشكل استباقي؛ ويُخفض المتطلبات المعرفية خلال الأزمات. وبالرغم من أن هذه الممارسة لا تحمل نفس نوع الجاذبية الذي يحمله اقتراح الرسائل و Bubble Paths المنتظمة. إلا أن تأكيد وإبقاء الحياة الإكلينيكية الصحية ومنع المشكلات يُمكن أن يكون أداة هامة في إدارة الضغط والإجهاد المرتبط بالعمل على نحو جيد.

جدول 15.1:

المشكلات التي قد تشير إلى الحاجة لرعاية ذاتية أكثر انتظاماً أو أقوى

- التمسك باتجاهات سلبية حول المرضى: التركيز على تشخيص المرضى، ونقاط ضعفهم، ومشكلات الدافعية، والتوصيف (مثل: «ذلك خط الحدود»)، وإطلاق النكات حول المرضى، والسخرية منهم.
- التمسك باتجاهات سلبية حول العمل الإكلينيكي: إدراك عملهم الخاص على أنه بلا معنى، وبلا فائدة، وغير كافٍ، أو إدراك الإرشاد والعلاج النفسي على أنهما خداع أو احتيال بشكل عام.
- ارتكاب الأخطاء: رغم أن كل واحد يرتكب أخطاءً، إلا أن الأطباء الإكلينيكيين قد يرتكبون أخطاءً أكثر من المعتاد.
- الافتقار إلى الطاقة: ربما يستيقظ الطبيب الإكلينيكي متعباً، ويكون مرهقاً طوال اليوم، ومنهكاً جداً أيضاً في نهاية اليوم ليقضي وقتاً مع العائلة أو الأصدقاء أو ليقوم بالأمور التي ستكون مسلية في العادة.
- يُصبح قلقاً وخائفاً أكثر في العمل: امتلاك صعوبة في مناقشة الضغوط، وحيرة، وغموض، وتحديات، وإجهاد بالممارسة الإكلينيكية. يتطلب العمل الإكلينيكي التفاؤل، والأمل، والكفاءة الذاتية.
- استخدام العمل لتفادي المشاعر السلبية: يُمكن أن يثير العمل مشاعر البهجة والإنجاز والإرادة والهدفية، لكن يُمكنه أيضاً أن يكون مستخدماً لتفادي الحزن والسخط في بقية حياة الفرد.
- فقدان الاهتمام: تجاوز الاقتراحات ومشاريع القرار، ووجود الخَدَر (فقدان الحس واللامبالاة)، وفقدان الاهتمام بالعمل والمرضى والأجزاء الأخرى من الحياة.

ملاحظة: عُدّل من قبل (Pop & Vasquez, 2005).

ضغوط أخرى في حياة الطبيب الإكلينيكي
Other Stressors in the Life Of A Clinician

رغم أن هذه المخاطر المرتبطة بالتعاطف قد حُددت على أنها إشكالية وصعبة بشكل خاص بالنسبة للأطباء الإكلينيكيين الذين يسعون للبقاء تعاطفيين ومستقرين، إلا أن من المهم الإشارة إلى أن الأطباء الإكلينيكيين يواجهون العديد من الضغوط الأخرى. ولهذه الضغوط أيضاً الإمكانية لكونها ذات أثر على عافية وراحة الأطباء الإكلينيكيين بالإضافة إلى خفض فاعليتهم في مساعدة الآخرين. البعض من هذه الضغوط محدد للعمل على مساعدة المتخصصين، بينما البعض الآخر موجود أكثر في كل مكان في الحياة الإنسانية. وبغض النظر عن طبيعتها، فإنها يُمكن أن تكون ذات تأثير متراكم مؤذٍ على صحة الأطباء الإكلينيكيين. ويبدأ التعامل بشكل فاعل مع هذه الضغوط بإدراكها. وقد حدد ويس (Wiess, 2004) أربعة مجالات للضغوط المتعلقة بالمرشدين والمعاجلين على وجه الخصوص، وهي: الضغط (إجهاد) الناجم عن المريض، والضغط الناتج عن بيئة العمل، والضغط الداخلي الذاتي (بفعل الذات)، والضغط المرتبط بالأحداث في حياة الفرد الخاصة.

ينشأ الضغط الناجم عن المريض من طبيعة العمل الإكلينيكي. إذ يواجه الأطباء الإكلينيكيون المرضى الغاضبين الذين يُطلقون نوبات من الغضب أو يعانون من الهيجان؛ والمرضى ذوي الاكتئاب الشديد أو الفكر الانتحاري؛ والمرضى الذين يتركون المعالجة مبكراً (قبل الأوان) (Wiess, 2004). ويمكن أن يُسبب الارتباط بشكل تعاطفي مع هؤلاء المرضى الضغط والإجهاد والضيق للأطباء الإكلينيكيين. علاوةً على ذلك، فإن كلاً من أنواع المرضى هؤلاء يُثير مواضيع وأسئلة صعبة.

- ما هو التقييم الحقيقي لدور الطبيب الإكلينيكي في المشكلات الحالية؟ لأي درجة تكون اتهامات المريض دقيقة؟
- هل التقييمات والتدخلات على المسار الصحيح؟ هل تعكس نوعية الرعاية التي يستحقها هذا المريض؟
- هل يتلقى هذا المريض نوعاً ومستوى ملائماً من الرعاية؟ هل يحتاج هذا المريض مستوى رعاية أعلى مما يُمكن أن يكون مُقدماً له بواقعية في هذه الحالة؟
- ما هي التغيرات -إن وجدت- التي ساعدت على استقرار هذا المريض بشكل أفضل؟

أما ضغط بيئة العمل فيأتي من سمات الأماكن التي يعمل فيها الأطباء الإكلينيكيون، بما في ذلك ضغط الوقت، وحجم أعباء الحالات المُفرط، والسياسة التنظيمية، والزملاء غير المساندين، والإشراف غير المؤهل وغير الملائم، والعمل الكتابي المُفرِط (Wiess, 2004). وفي إحدى الدراسات

أبلغ الأطباء الإكلينيكيون الذين يعملون في مواقع الهيئة والوكالات عن مستويات أقل من الإنجاز والرضا وأكثرَ من الضغط، وذلك بالقياس إلى الأطباء الإكلينيكيين الذين يعملون ضمن ممارسة جماعية أو فردية (Rupert & Kent, 2007) وربما يكون ذلك لأن أولئك الذين يعملون في الهيئات والأقسام يملكون سيطرة وتحكماً أقل على أعباء عملهم، وأكثر عرضةً لقضايا الرعاية المتمكنة والمُدارة، ويواجهون ضغوطات وقت أكبر، وعملاً وَرَقياً (كتابياً) أكثر. أما الأطباء الإكلينيكيون المبتدؤون فربما يواجهون أيضاً ضغوطاً إضافية، بما في ذلك ضغوط الحصول على الترخيص والإجازة أثناء ما يُتقنون أيضاً المهارات الإكلينيكية ويحصلون على سعة وعمق للتجربة والخبرة المطلوبة للأداء بمستويات كفاءة مناسبة (Baker, 2003; Weiss, 2004).

في حين يتضمن الضغط الناجم عن الذات توقعات الأطباء الإكلينيكيين حول أنفسهم، والتي قد تكون غير واقعية، بالإضافة إلى خوفهم من الإخفاق، وعدم الثقة بالذات، والشعور بالكمالية، والحاجة إلى التصديق، والاستنزاف الانفعالي (Wiess, 2004). ويُمكن أن يكون القلق والخوف الطبيعيان تكيفيان، بوصفهما يُمكن أن يعملا كمعالم تساعد الأطباء الإكلينيكيين على تمييز ومنع المشكلات المحتملة في المعالجة؛ ومع هذا، تُعتبر المخاوف المستمرة وغير الواقعية والمُفرطة وتقييمات الذات السلبية أموراً إشكالية. وبالطبع، ليس الأطباء الإكلينيكيون وحدهم من يواجهون مثل هذا الضغط الناجم عن الذات، بل إنهم ربما يواجهون صراعات خاصة بالاستنزاف الانفعالي نتيجة لكلٍ من توقعاتهم الخاصة وتلك التوقعات التي يحملها الآخرون لهم.

ويأتي الضغط المتعلق بالحدث من عدد من المصادر، والتي تتضمن انتقالات (مراحل انتقال) الحياة الرئيسية، أو المشكلات الجسدية أو الطبية، أو الضغوط المالية، أو القضايا العائلية (Wiess, 2004). وكل شخص عرضة لهذه الضغوط، ومن المحتمل ألا يكون الأطباء الإكلينيكيون معرضين لها بدرجة أكثر من المعدل. من ناحية أخرى، تُضاف هذه الضغوط إلى عبء الإجهاد والتوتر المنبثق بواسطة الأنواع الأخرى من الضغط؛ لأن الضغط تراكمي بطبيعته.

ممارسة إكلينيكية Clinical Practice

هارلي (Harley) مشرفة على قسم صغير في مركز صحة نفسي في مجتمع حضري. ويتحمل طاقمها جهداً عالياً من الحالات ويتقاضون أجراً سيئاً، وهي أمور لا يُمكن لهارلي السيطرة عليها. تتساءل هارلي عما يُمكنها القيام به لتخفض من توترهم وضغطهم، وترفع من رضاهم الوظيفي، وتمنع الاحتراق النفسي.

التعامل بفاعلية مع المخاطر التعاطفية وضغوط الحياة
Coping Effectively with Empathic Hazards and Life Stressors

مجدنا الأكبر ليس بعدم السقوط أبداً، بل في النهوض في كل مرة نسقط.
Confucouis

رغم أن الأطباء الإكلينيكيين مدربون لمساعدة الآخرين على التعامل بتكيفٍ أكثر مع التوتر والضغط، كما أشرنا سابقاً، إلا أنهم غالباً ما يكونون غير جيدين بتطبيق ما يعرفونه بشكل خاص حول التعامل الفاعل مع القضايا والمسائل التي تظهر في حياتهم الخاصة (Gilroy, Carroll, & Murra; 2002; Radeke & Mahoney, 2000). ثم إن مستويات الضغط والقلق والاكتئاب مرتفعة بين الأطباء الإكلينيكيين (Gilroy et al., 2002; Radeke & Mahoney, 2002)، مما يؤدي إلى مزيد من البؤس في حياتهم الشخصية، بالإضافة إلى الفاعلية الضعيفة في حياتهم المهنية.

ويبدأ الكفاح الفاعل (التغلب على المشكلات والمخاطر والضغوط وغيرها) من خلال المعرفة الذاتية، والتي تُكتسب عبر عملية مستمرة من التقييم الذاتي والوعي الذاتي (Bennett et al., 2006; Gilroy et al., 2002). ويجب أن تُعالِج التقييمات الذاتية عواملَ الخطر الشخصي وإشارات التحذير. وتتضمن عوامل الخطر الشخصي: العملَ مع أنواع معينة من المرضى، ووجود تحديات أو ضغوط متزايدة في حياة الفرد الشخصية، ومصاعبَ صحية أو مصاعب صحية نفسية. أما إشارتا التحذير فتتضمن: مشاعر الإحباط المتزايدة، أو نفاذ الصبر، أو الغضب نحو المرضى، والملل المتزايد أو نقص التركيز، والأمل بأن بعضاً من المرضى سيُلغون مواعيد معالجتهم، والإعياء المتزايد، والدافعية المنخفضة، والإنجاز والمتعة المنخفضين من عمل الفرد (Bennett, Baker et al., 2007; Pope & Vasquez, 2005). لقد أوصى كوستر وسكويبل (Coster & Schwebel, 1997) بطرح عدد من الأسئلة خلال عملية تقييم الذات هذه، وذلك بمثل الأسئلة التالية:

1. عندما يُعاني المرضى أعراضاً تشبه ما أعانيه، فما الذي أبحث عنه؟ ما الإجراءات التي أقترِحُها؟
2. ماذا يحدث عندما أشعر بأنني مكتئب أو مُخفِق؟ هل أنسى الاعتناء بنفسي؟ هل أنا أعمل مع مرضى صعبين دون زيادة لرعايتي الذاتية؟ هل انخفض عبء مريضي مما جعلني أقلق بشأن دخلي والأمان الوظيفي؟
3. عندما أنجذب لمريضٍ ما، فكيف يرتبط هذا بالمشكلات مع شريك حياتي أو بأجزاء أخرى من حياتي الشخصية؟
4. عندما أشعر بالتحرر، فكيف يرتبط هذا بامتلاك التركيز على أجزاء العمل الأقل مكافأة ومربحاً، والتي تتضمن العمل الكتابي والتراسل مع شركات التأمين؟

عندما يكون تقييم الذات والوعي بالذات غير ملائمين، فإن كوستر وسكويبل (& Coster Schwebel, 1997) قد أوصيا بتلمس المساعدة من زميل أو أقران موثوق بهم، الأمر الذي قد يُساعد بما فيه الكفاية لجعل التفاعلات عادية، أو لاكتساب الدعم النفسي، أو تغيير وجهات النظر والتصورات، أو زيادة الموارد، أو تقليل الضغوط. وبالنسبة لبعض الأشخاص، فإن عملية تقييم الذات هذه قد تتضمن العلاج النفسي المتقطع أو المستمر، والذي يُمكن أن يمنح موضوعية وموارد إضافية، ويُعمق الوعي بالذات، ويُميّز طرقاً للتعامل مع القضايا الصعبة التي تظهر أثناء معالجة الآخرين، ويتحقق عندما يكون العمل طريقة وأسلوباً لتفادي القضايا والمسائل في حياة الفرد الشخصية.

ويواجه الأطباء الإكلينيكيون عدداً من حواجز وعوائق الرعاية الذاتية وراء ذلك من عامة الناس (Baker, 2003). وبالرغم من أن بعض مُعلمي الأطباء الإكلينيكيين الخاضعين للتدريب يؤيدون أن يكون العلاج الشخصي متطلباً للتدريب (Schwebel & Coster, 1998)، إلا أن العديد من الأطباء الإكلينيكيين ممانعون في التماس وطلب العلاج النفسي لأنفسهم، مدركين الحاجة له على أنها إشارة للضعف وعدم الكفاية المهنية. وربما يحملون معتقدات إشكالية تتضمن أنه يجب عليهم أن يكونوا مُسيطرين ومعتمدين على أنفسهم، وَمَثَلٌ أعلى للصحة النفسية. وربما يمرون بوقت صعب لتبديل الأدوار فيصبحوا مرضى جرّاء نقاط الضعف المرتبطة بالأدوار وتصورات السيطرة المنخفضة. وبينما من الممكن أن يقبلوا أن العلاج النفسي الشخصي للفرد هامٌ ليكون فاعلاً بوصفه مُعالجاً نفسياً، إلا أنهم قد يعانون من وقت صعب في إدراك الكيفية التي يُمكنهم من خلالها أن يكونوا مُساعدين للآخرين في حين أنهم يُصارعون ويُكابدون أنفسهم.

كن استباقياً: منع التعاطف والمشكلات المرتبطة بالإجهاد (الضغط)
Being Proactive: Prevention of Empathy and Stress-Related Problems

سترتكب أخطاءً. لا يُمكنك مساعدة كل شخص. ولن تعرف كل شيء. ولن يكون باستطاعتك المُضي لوحدك.
(Benett et al., 2006, p. 5)

تُركز مساعدة المُختصين على معاونة الناس على الشفاء من الضرر الذي تحملوه. وبينما يكون الشفاء ضرورياً، فإن على الأطباء الإكلينيكيين أن يبقوا حريصين بأن المنهج المفضل هو منع الضرر فعلاً وتعزيز الصحة والعافية (Keyes & Haidt, 2003). وهذا صحيحٌ ليس فقط بالنسبة للمرضى، بل وللأطباء الإكلينيكيين أنفسهم. وهنالك العديد من الطرق والأساليب التي يستطيع من خلالها الأطباء الإكلينيكيون أن يكونوا استباقيين ويُثيروا ظروفاً في عملهم وحياتهم تُقلل من تأثير الضغوط التي يواجهونها (Schwarzer, 2001) (انظر الجدول 15.2).

جدول(15.2):

استراتيجيات منع الاحتراق النفسي والمشكلات الأخرى في الممارسة الإكلينيكية

1. **وجود الوعي الذاتي والمحافظة على موارد الفرد النفسية.**
2. **استخدام قيم الفرد الشخصية ومبادئه لتوجيه حياته الشخصية والمهنية.**
3. **موازنة الحياة المهنية والشخصية بمنحهما الاهتمام الممتاز.**
4. **تطوير نظام دعم قوي في العمل وفي الحياة الشخصية.**

ملاحظة: عُدل من قبل (Coster & Schwebel, 1997)

من المُحتمل أن رادع (مانع) الإجهاد (الضغط) الاستباقي الأكثر أهمية هو امتلاك ارتباطات بينشخصية قوية. وتعد المحافظة على علاقات قوية مع العائلة والأصدقاء هامة بشكل حاسم ليس فقط لعيش حياة صحية سعيدة. بل أيضاً لبناء نظام دعم اجتماعي يُمكن أن يمنح ويقدم الدعم العاطفي الملموس وذا الدور الفاعل المفيد إذا وعندما تظهر الحاجة لذلك (Kramen-Kahn & Hansen, 1998). ويعتبر مثل هذا الدعم الاجتماعي الحاجز الأكثر وثوقاً وقوة عندما يواجه الأشخاص المصاعب في الحياة (Aldwin, 2007; Folkman & Moskowirz, 2004). ويُخفض أيضاً امتلاك علاقات قوية خارج غرفة العلاج الحاجة إلى الميل والاتجاه للمرضى لتلبية حاجات الاحترام والإعجاب والدعم (Guy, 2000).

أما الاستراتيجية الأخرى الاستباقية فهي بناءُ وتنظيم حياة الفرد بطريقة تقلل الضغط. فعلى سبيل المثال، يُمكن للأطباء الإكلينيكيين، بغض النظر عن ضغوط العمل، أن يقيموا ومن ثمَّ يواجهوا ويعالجوا المجالات المُزعجة على وجه الخصوص والمستنزفة لطاقتهم. ويُمكنهم أن يُحددوا أوقات الاستراحة خلال اليوم، ويحضروا حلقات التعليم الدراسية المستمرة ليبقوا على اطلاع بكل جديد. ويراقبوا حجم وترتيب عبء الحالات التي يعملوا عليها. ويضعوا توقعات واقعية لأنفسهم (Faunce, 1990; Gilory et al., 2002; Karmen-Kahn & Hansen, 1998; Pop & Vaszueqz, 2005; Sherman & Thelen, 1998). أما امتلاك نماذج دور جيدة للعمل فيُمكن أن يكون مُساعداً تماماً، لكن امتلاك نماذج خارج العمل يمنح أيضاً فرصاً واسعةً للتعمل حول مدى من السلوات المُعززة للصحة، والتي تتضمن وجود الحزم، وتعزيز الحساسية الانفعالية (العاطفية)، وموازنة العمل والحياة الشخصية، وإبقاء الحدود مع الأشخاص العسيرين، ودمج المُثُل الروحية في الحياة اليومية (Baker, 2003).

ويُمكن أن يُطوّر الأطباء الإكلينيكيون –مثل مرضاهم- مهارات جيدة للكفاح (التغلب وحل المشكلات). وتتضمن مهارات الكفاح التكيفية بذلَ الجهد لحلّ المشكلات القابلة للسيطرة من خلال إجراءٍ مُخطط، ووضع الجهود لفهم وقبول تلك المشكلات التي تقع خارج سيطرتهم. ويتضمن الكفاح الجيد غالباً الاعتماد على شبكة الفرد الاجتماعية من أجل الفهم والنصيحة، بالإضافة إلى الدعم الملموس والعمل من خلال مشاعر الفرد المختلطة أو المُتشددة (Aldwin, 2007). ويجب على الأطباء الإكلينيكيين أن يتجنبوا الاعتماد على استراتيجيات الكفاح السلبية، والتي تتضمن المعالجة (التطبيب) الذاتية بمواد متنوعة والانهماك بتقليل الشأن، أو الانكسار، أو التبرير. إن الكفاح السلبي ليس عقيماً (غيؤ كفؤ) فقط، بل يُمكن أن يُسبب مشكلات أسوأ (Aldwin, 2007).

وكما نوقش في الفصل الثاني عشر، فإن البقاء في أعلى وأفضل حالة جسدية ونفسية يذهب بعيداً نحو تجنب الإجهاد والضغط وبقاء الفرد مرناً، وهو هام للأطباء الإكلينيكيين كما لمرضاهم (Wick, 2008). وهذا يستلزم عيش أسلوب حياة صحي يتضمن على الأقل التغذية الجيدة، والحصول على الراحة الكافية، وممارسة التمارين الرياضية على أساس منتظم، والمحافظة على وزن صحي، وعدم تناول الكحول إطلاقاً، وأخذ وقت كافٍ لممارسة الهوايات وللترفيه، والحصول على إجازات (Carroll et al., 1999; Norcross, 2000). وبالتسليم بأن هذه العناصر اساسية وكلية الوجودِ لأسلوبِ حياة صحي. إلا أن البارز في هذا أن قلةً من الأطباء الإكلينيكيين ينفذونها (Baker, 2003).

ويُمكن أن يتم الاهتمام بعقل وجسد صحيين من خلال الممارسات الروحية المنظمة. وهذا قد يتضمن بالنسبة للبعض المشاركة والارتباط الديني التقليدي. أما بالنسبة للبعض الآخر، فقد تنطوي الروحانية على تقدير الطبيعة، أو تشجيع التغيير المجتمعي بشكل نشط، أو الوعي المُلتزم، أو اليوغا، أو التأمل (Schure, Christopher, 2008; Wicks, 2008). أما إيجاد الهدف والمعنى والمتعة رغم وجود الألم المحيط بالعمل فيُمكن أن يكون ممارسةً روحانية هامة.

وفوق كل شيء، يُمكن للأطباء الإكلينيكيين أن يواجهوا الإجهاد والضغط بشكل استباقي من خلال العمل على وجهة نظرهم الخاصة المتعلقة بعملهم وحياتهم. فيجب عليهم أن يدركوا أن تحقيق الاتزان هو تحدٍ دائم ومنهجٌ حياة ذا طبع لطيف (Rupert & Kent, 2007). إن إدراك وتقدير أسبابهم الجوهرية للمشاركة بالعمل العلاجي بالدرجة الأولى يُعد أمراً ضرورياً (انظر الجدول 15.3). أما وجود علامة أو شاهد على الصراعات الرئيسية وانتصارات البشر الآخرين فهو امتياز. ويجب على الأطباء الإكلينيكيين التركيز على المردودات الملازمة لهذا العمل، والاحتفال بنجاحاتهم، وعليهم أيضاً –كما في حالة الطبيب الإكلينيكي في مادة الحالة القادمة- أن يتعلموا من أخطائهم، وكذلك من عملهم المُرضيِ لكن بشكل أقل (Jennings & Skovholt, 1999). ويكتسب الأطباء

الإكلينيكيون المعرفة الذاتية ويمتلكون -من خلال مهنتهم- العديد من الفرص لتطوير أنفسهم، والاستمرار بالتعلم، والنماء شخصياً ومهنياً، ويكونوا مثالاً وأنموذجاً وناصحاً (Weiss, 2004). علاوةً على ذلك، يُقدر الكثير من الأطباء الإكلينيكيين تنوع المرضى والمشكلات والمهام المقدمة، ويجدون أثر ومجازاة التنوع المستمر.

جدول (15.3):

المردودات المُخبر عنها بشكل متكرر من الممارسة الإكلينيكية

- **تعزيز تطور وإنماء المريض**
- **المتعة في العمل**
- **الفرصة لاستمرار التعلم**
- **مواجهة العمل على أنه تحد**
- **الاستقلال الذاتي والحرية**
- **الساعات المرنة**
- **الفرصة للحصول على المعرفة الذاتية المتزايدة**
- **التنوع في العمل والمَرضى**
- **النمو والتطور الشخصي**
- **الإحساس بالحميمية العاطفية**
- **القيام بدور النموذج والناصح**

ملاحظة: من (Kramen-Kahn & Hansen, 1998)

يُمكن أن يكون امتلاك الإحساس بالمعنى والهدف بالنسبة للعديد من الأطباء الإكلينيكيين -جزءاً هاماً لمنع الاحتراق والمشكلات المرتبطة بالممارسات الأخرى. إذ يُقرر البعض أن وجود وكينونة طبيب إكلينيكي فاعل هو أمرٌ يتجاوز الإبقاءَ. ببساطة على الوضع الراهن من أجل العمل بشكلٍ نشط لجعل الأمور أفضل (e.g., Brabeck & Brown, 1997; D.W. Sue, 2004). في الحقيقة، يُجادل كوستر وسكويبل (Coster & Schwebel, 1997) بأن النشاطَ المهني والمجتمعي والارتباطَ يُميزان الأطباء الإكلينيكيين الذين يعملون بشكل جيد.

ويعد استمرار التطور المهني استراتيجيةً هامة أخرى لمساعدة الأطباء الإكلينيكيين على التعامل مع الضغوط المرتبطة بالعمل (Norcross, 2000). ويشمل التطور المهني تنوعاً بالأنشطة المختلفة التي تتضمن ورشات العمل، والتعليم أو التدريب الرسميين، والإشراف أو الاستشارة (Gilory et

al., 2002). ومن الممكن أن يشمل أيضاً تنظيم الممارسة التي تدمج الأنواع الأخرى من النشاطات المُجزية بشكل ثقافي كالتعليم، والكتابة، والمساعدة في اللجان والمنظمات المهنية، والاستشارة. وهذا يُوسع وجهة نظر الفرد وخبرته، ويُمكن أن يُنشط رأيه ومعنوياته.

أخيراً، وكما سيُرى في مادة الحالة القادمة، فإن الأطباء الإكلينيكيين يعملون بشكل جيد في تبني منظور الانفتاح على عملهم، ويتعلمون أن يشاهدوا ويفحصوا أخطاءهم بالإضافة إلى نجاحاتهم كجزء من مسيرتهم الخاصة نحو أن يصبحوا أطباء إكلينيكيين راسخين ومتحمسين بشكل متزايد. وهم يضعون أهدافاً صحية لأنفسهم، مُحدثين مقارنات عقلانية وملائمة (نسبة إلى موقعهم –أين هم– بدلاً من أن تكون المقارنات نسبةً إلى الأطباء الإكلينيكيين البارعين الذين رُبما شاهدوهم أثناء التدريب). وهم منفتحون على التعلم من كل المصادر –الأساتذة والناصحون، والكتب، والأفلام، والمرضى– ويتقبلون ويتعلمون من مرضاهم.

وبغض النظر عن طبيعة الرعاية الذاتية، فيجب أن تُصمم وتُضبط الرعاية الذاتية للشخص ولمرحلته العمرية (Pope & Vasquez, 2005). وما يُعمل لشخصٍ قد لا يُعمل بشكل جيد لشخص آخر.

جودة الملائم من الرعاية الذاتية أمر هام في استراتيجيات الرعاية الذاتية كما في الملابس ... القليل منا يراعي نُصح شخص وجد السعادة والأهمية والقناعة في حياة دينية انفرادية بوعود الصمت والفاقة، "كما تعرف، يجب عليك أن تخرج حقاً وتُعاشر المجتمع أكثر، وتجد الطرق والسبيل لكسب المال لكي يكون لديك ما تدخره لتعتمد عليه. أعرف بأنك تشعر بالتحسن بشأن نفسك ولديك حياة أفضل!"

الاستماع لأنفسنا والبحث وأن تكون صادقين مع ذواتنا حول ما نعمل وما لا نعمل هو جزء من إيجاد استراتيجيات عناية ذاتية تلائمنا كأفراد. (pp. 15-16)

يُمكن أن تساعد الأسئلة الواردة في الجدول (15.4) الأطباء الإكلينيكيين على تقييم عملية رعايتهم الذاتية، وإدراك الحواجز المتعلقة بها، وتطوير استراتيجيات أكثر فاعلية للرعاية الذاتية.

جدول (15.4):

أسئلة لمراقبة صحة الفرد المهنية والشخصية

اربط بين دور الشخص والدور الإكلينيكي

- **من تريد لتكون كشخصه؟ كطبيب إكلينيكي؟ إلى أي درجة تحقق أهدافك؟**
- **ما هي الطرق التي يكون فيها عملك الإكلينيكي مختلف عما توقعته قبل أن تبدأ؟**
- **كيف تؤثر أساليبك العاطفية والعلائقية وأنماط العمل على عملك الإكلينيكي؟ بأي الطرق تسبب المظاهر الإيجابية لأسلوبك المشكلات غالباً؟**
- **هل نقاط قوتك وقيمك وأهدافك رابط مُطابق وجيد لمتطلبات عملك؟ كيف يمكن أن تتعامل مع المحددات والأماكن حيث يوجد سوء تطابق؟**

الضغوط والمساندة

- **ما مدى توترك وشعورك بالضغط في العمل؟ كيف يؤثر ذلك على عملك؟ كيف يؤثر على علاقتك مع زملاء العمل؟**
- **ما هي التحديات التي تواجهك في حياتك المهنية (مثل: تكليف كتابة التقارير عن الإساءة وعن مرضى الانتحار وشكاوي المريض)؟ كيف استجبت لذلك؟ ماذا تتعلم؟**
- **إلى أي درجة تعتبر ممارستك متوازنة بطريقة تعمل من أجلك من ناحية عدد ونوع المرضى وتكرار المشاكل والأزمات ودرجة التقدم؟ إلى أي درجة أنت قادر على القيام بأنواع من العمل الذي تثمنه ويُشعرك بالكفاءة؟ ما هي المردودات الأخرى التي تحصل عليها من عملك؟**
- **كيف تشعر تجاه مرضاك؟ إلى أي درجة أنت قادر على أن تكون متفائلاً ومتمساً بالاحترام وغير مصدر للأحكام؟ إلى أي درجة ترى عملك مع المرضى على أنه تمكيني وفعال وتشجيعي؟**
- **هل تواجه ضغوطاً في ممارستك بوصفها تهديدات مؤذية؟ هل سبق وواجهت الأذى الجسدي والنفسي في ممارستك؟ كيف تستجيب لهذا؟ وبدلاً من ذلك، هل تشعر بالتحدي الصحي والمُعزز للنمو في ممارستك الإكلينيكية؟ متى؟**
- **إلى أي مدى تشعر بالدعم من زملائك في الوكالة أو الجمعيات المهنية التي تعمل فيها وفي مجتمعك، أو الشبكات الرسمية والوطنية. هل أنت قادر على الحصول على الدعم واستشارات الأقران المُساعِدَة عندما تحتاجها؟ إلى أي درجة تشعر أن أقرانك يحترمونك ويحترمون عملك؟**
- **إذا كان لديك عاملون في مكتبك، إلى أي مدى تشعر بدعمهم؟ هل تحصل على أنواع من الدعم من الرعاية المتمكنة والمُدارة والمهمات الأخرى التي تحتاجها؟ هل تتجنب العاملون في المكتب أم تشعر بأنك مُساند ومحترم هناك؟**

- إلى أي مدى تشعر بالأمان الجسدي والانفعالي في العمل؟ إذا شعرت بأنك غير آمن، كيف يؤثر هذا على عملك؟ ماذا تعمل لتشعر بأمان أكثر؟ هل تساعدك هذه الأماكن على التطور كمختص أم هل يتدخلون في عملك المهني والشخصي؟
- إلى أي درجة تشعر بالأمان المالي في العمل؟ هل تشعر بأن مستقبلك المالي آمن وقوي أم أن قاعدتك من المرضى تتقلص وتختفي؟ هل تملك خطة تقاعد جيدة؟ هل لك خطة رعاية صحية جيدة؟
- ما المخاوف المُستقبلية التي تنتابك في المهنة؟ ما المخاوف المستقبلية التي تنتابك على المهنة؟ كيف تتعامل هذه المخاوف؟
- إذا وضعت نصب عينيك ترك عملك الحالي أو المجال، فكيف تتعامل مع مخاوفك؟

الرعاية الذاتية

- ما هي الرسائل التي تعلمتها من أصول عائلتك عن الرعاية الذاتية؟ ما هي الرسائل التي وجهها لك الآن أصدقاؤك وعائلتك عن الرعاية الذاتية؟
- ما هي معيقات الرعاية الذاتية التي تدركها؟ ما الذي يجعل الاشتراك في الرعاية الذاتية سهلاً بشكل خاص؟
- ماذا تعلمت عن حاجات رعايتك الذاتية (مثل: التمارين، والحمية الصحية، وعلاقات الصداقة، والوقت العائلي، والروحانية، والنمو النفسي؟
- إذا طلب منك تحديد مكان تشعر فيه بعدم الاتزان في رعايتك الذاتية، فما هو هذا المكان؟
- لأي درجة تشعر بأنك قادر على الحفاظ على اتزان صحي – بالنسبة لك – بين العمل وحياتك الشخصية؟
- كيف تعتني بنفسك كطبيبك الإكلينيكي؟
- إلى أي درجة تشعر بأن لحياتك معنى وهدف؟
- إلى أي درجة تشعر بأنك قادر على التصرف بحدود قيمك في العمل وفي حياتك الشخصية على حد سواء؟
- إلى أي درجة تشعر بأنك تتحرك بفاعلية نحو أهدافك الشخصية.

ملحوظة: من (Baker, 2003; Pope & Vasquez, 2005)

علّمني مرضاي الكثير My Clients Have Taught Me a Lot

مجهول Anonymous

يُمكن أن تكون الأخطاء فرصة. وقد وصف أحد المشاركين في دراسة جينسينج وسكوفهولت (Jeanning & Skovholt, 1999) للمعالجين البارعين ارتكاب الأخطاء والتعلم منها بشكل جيد:

علمني مرضاي الكثير.. رأيت زوجان لمدة سنة، وذلك في بداية مهنتي، وما اعترضت عليه الزوجة كان تناول زوجها للكحول. وكان ما قاله الزوج بشكل أساسي هو "أنا لن أشرب إذا لم تُقلقني كثيراً". لم أكن أعرف شيئاً على الإطلاق حول إدمان الخمور في ذلك الوقت. إنهما نوع مُتلاشٍ ومُضمحل من العلاج، وأنا لا ألومهما عندما أرجع بذهني وأتذكر العلاج؛ لأننا لم نعمل الكثير. بعد سنة حادثتني الزوجة لتحديد موعد. جاءت، وجلست، ثم قالت "أنا أريد فقط أن أخبرك وجهاً لوجه كم كنت تدميرياً لنا". وكان ذلك من أقوى الأمور التي كان يُمكن أن تحدث.. أنا أقصد أنني مُمتنّ للأبد. لقد كان من الصعب جداً سماع ذلك، لكن كان لدي إحساس بأنني قد عملت بالفعل عملاً رديئاً، وأن هنالك شيء ما يتعلق بأن تكون الزوجة قوية بما فيه الكفاية لتعود. كُنت محرجاً ... لقد شكل ذلك انطباعاً قوياً ... أعرف أنه كان حقيقة وأنه كان لدي الكثير لأتعلمه. وأعتقد أن الجزء الآخر كان أنني أُعجبت بشكل لا يُصدق بالحقيقة التي امتلكت الزوجة الشجاعة لقولها، ثم إن لدي الشجاعة لأتعلم منها ... لقد أظهَرَ ذلك التزامي المُطلق للتعلم حول ما لا أعرفه. (p. 7)

- بالرغم من أنك تملك القليل من المعلومات حول هذا الطبيب الإكلينيكي، فماذا تعرف حول الكيفية التي أدرك بها هذا الطبيب الإكلينيكي العالم واقترب منه؟ ما الذي أثر عليك لتستخلص هذه الاستنتاجات؟
- غالباً ما تمتلك الناس صعوبة في تحويل أخطائهم إلى شيء إيجابي، وذلك كما فعل هذا المُعالج البارع. إن كنت تستطيع ففكر، بالوقت الذي ارتكبت فيه خطأً وتعلمت منه. ماذا تعلمت؟ كيف كنت قادراً على التعلّم بدلاً من الإخفاق أو التوقف؟
- ربما مَيّزت بعض الأهداف المتعلقة بتطورك الخاص كطبيب إكلينيكي أثناء قراءتك لهذا الجزء. ما هي هذه الأهداف، وكيف ستمضي في سبيل تحقيقها؟

الخلاصة Summary

عناية الفرد الجيدة بنفسه مهنياً وشخصياً مهمة لأن يصبح ويبقى طبيبا إكلينيكياً فعالاً. وبدون رعاية ذاتية جيدة، قد يواجه الأطباء الإكلينيكيون حدوداً غير واضحة وصدمات نفسية واحتراقاً نفسياً عندما يعملون بتعاطف مع المرضى العسيرين. وبالإضافة للتوتر الناجم عن المرضى فقد يواجه الأطباء الإكلينيكيون توتراً نتيجة لبيئة العمل، وتوتراً داخلياً ذاتياً، وتدخلاً مرتبطاً بالأحداث التي تمر بالحياة الشخصية.

يعتمد التعامل الجيد مع الضغوط الشخصية والمهنية ومنع الاحتراق والمخاطر الأخرى للعمل التعاطفي على امتلاك استراتيجيات فعالة لإدراك ومنع المشكلات والانهماك في ممارسة الرعاية الذاتية الاستباقية الجيدة بشكل منتظم. ويجب أن تزداد الرعاية الذاتية وممارسات المنع الأخرى بينما تزداد الضغوط. ويُمكن أن تُمكّن هذه الممارسات الأطباء الإكلينيكيين من أن يبقوا مُتسمين بالاحترام، حتى في وجه الضغوط التي لا مفرّ منها والتي ستواجه في عمل الفرد وحياته الشخصية.

كيف تُطبق هذه القضايا في حياتك وعملك؟

1. مع أي أنواع من الأشخاص أو المشكلات أو المواقف تعاني من أغلب المشكلات؟ متى تستطيع التعامل معها بشكل أفضل؟
2. ما هي الإشارات التي تساعدك على أن تدرك أنك تنزلق نحو الوقوع في المشكلات في حياتك (مثل الأرق، وتركز المشكلات، والانزعاج من المرضى وزملاء العمل؟
3. ما هي الأمور الخاصة التي يُمكنك القيام بها لتحافظ على نفسك منتعشاً وصحياً؟ ماذا يُمكنك أن تعمل لتبدأ بوضع هذه الأمور في الموضع الصحيح منذ الآن؟
4. ما هي المعيقات التي قد تتصادم مع قدرتك على الانهماك بشكل منظم بالرعاية الذاتية؟ ماذا يمكنك أن تفعل لتبدأ بمعالجة هذه المعيقات منذ الآن؟

المراجع

REFERENCES

Abelson, R. P., Frey, K. P., & Gregg, A. P. (2004). *Experiments with people: Revelations from social psychology*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Abraído-Lanza, A. F., Vásquez, E., & Echeverría, S. E. (2004). En las manos de Dios [in God's hands]: Religious and other forms of coping among Latinos with arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 91–102.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2004). The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) for ages 1.5 to 18 years. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment. Volume 2: Instruments for children and adolescents* (3rd ed., pp. 179–213). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Ackerman, S., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*, 171–185.

Ai, A. L., & Park, C. L. (2005). Possibilities of the positive following violence and trauma: Informing the coming decade of research. *Journal of Interpersonal Violence, 20*, 242–250.

Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Oxford, England: Erlbaum.

Alcoholics Anonymous. (2009). *Welcome to Alcoholics Anonymous*. Retrieved from http://www.aa.org/?Media=PlayFlash

Aldwin, C. M. (2007). *Stress, coping, and development: An integrative perspective* (2nd ed.). New York, NY: Guilford.

Alexander, F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and applications*. New York, NY: Ronald Press.

Allen, D. M. (2005). The clinical exchange. *Journal of Psychotherapy Integration, 15*, 67–68.

Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology, 5*, 432–443.

American Association for Marriage and Family Therapy. (2001). *AAMFT code of ethics*. Retrieved from http://www.aamft.org/resources/lrm_plan/Ethics/ethicscode2001.asp

American Council on Education. (2006, July 11). College enrollment gender gap widens for white and Hispanic students, but race and income disparities still most significant new ACE report finds. *HENA Online News*. Retrieved from http://www.acenet.edu/AM/Template.cfm?Section=HENA&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm&CONTENTID=17251

American Counseling Association. (2005). *ACA code of ethics*. Alexandria, VA: Author. Retrieved from http://www.counseling.org/Resources/CodeOfEthics/TP/Home/CT2.aspx

American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist, 57*, 1060–1073.

American Psychological Association. (2003). Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for psychologists. *American Psychologist, 58*, 377–402.

Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yahne, C. E., Palmer, M., & Fulcher, L. (2003). Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 862–878.

Anderson, C. J. (2003). The psychology of doing nothing: Forms of decision avoidance result from reason and emotion. *Psychological Bulletin, 129*, 139–166.

Anderson, S. K., & Kitchener, K. S. (1998). Nonsexual posttherapy relationships: A conceptual framework to assess ethical risks.

Professional Psychology: Research and Practice, 29, 91–99.
Andrea Yates Confession. (2001a, July 14). Clip 7. *Houston Chronicle*. Retrieved from http://media.swagit.com/s/chron/Houston_Chronicle/01062005-8.high.mov.html
Andrea Yates Confession. (2001b, July 14). Clip 8. *Houston Chronicle*. Retrieved from http://media.swagit.com/s/chron/Houston_Chronicle/01062005-10.high.mov.html
Annas, G. J. (2004). Forcible medication for courtroom competence: The case of Charles Sell. *New England Journal of Medicine, 350*, 2297–2301.
Anonymous. (2000, March). Boundaries in therapy: The limits of care. *Pennsylvania Psychologist Update*, pp. 1, 3.
Anonymous. (2008, November 4). Psychotherapist body language. *AllExperts*. Retrieved from http://en.allexperts.com/q/Psychology-2566/2008/11/Psychotherapist-body-language.htm
Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative factors. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart & soul of change: What works in therapy* (pp. 23–55). Washington, DC: American Psychological Association.
Associated Press. (2002, February 21). Transcript of Andrea Yates' confession. *Houston Chronicle*. Retrieved from http://www.chron.com/cs/CDA/story.hts/special/drownings/1266294#top
Austin, J. T., & Vancouver, J. B. (1996). Goal constructs in psychology: Structure, process, and content. *Psychological Bulletin, 120*, 338–375.
Axelson, J. (1993). *Counseling and development in a multicultural society*. Belmont, CA: Brooks/Cole.
Baker, E. K. (2003). *Caring for ourselves: A therapist's guide to personal and professional well-being*. Washington, DC: American Psychological Association.
Ball, S. G., Otto, M. W., Pollack, M. H., & Rosenbaum, J. F. (1994). Predicting prospective episodes of depression in patients with panic disorder: A longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 359–365.
Balsam, K. F., Beauchaine, T. P., Mickey, R. M., & Rothblum, E. D. (2005). Mental health of lesbian, gay, bisexual, and heterosexual siblings: Effects of gender, sexual orientation, and family. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(3), 471–476.
Banaji, M. R., Hardin, C., & Rothman, A. J. (1993). Implicit stereotyping in person judgment. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 272–281.
Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: W. H. Freeman.
Barnett, J. E., Baker, E. K., Elman, N. S., & Schoener, G. R. (2007). In pursuit of wellness: The self-care imperative. *Professional Psychology: Research and Practice, 38*, 603–612.
Barnett, J. E., Doll, B., Younggren, J. N., & Rubin, N. J. (2007). Clinical competence for practicing psychologists: Clearly a work in progress. *Professional Psychology: Research and Practice, 38*, 510–517.
Barnett, J. E., Lazarus, A. A., Vasquez, M. J. T., Moorehead-Slaughter, O., & Johnson, W. B. (2007). Boundary issues and multiple relationships: Fantasy and reality. *Professional Psychology: Research and Practice, 38*, 401–410.
Barnett, J. E., Wise, E. H., Johnson-Greene, D., & Bucky, S. F. (2007). Informed consent: Too much of a good thing or not enough? *Professional Psychology: Research and Practice, 38*, 179–186.
Barrett, M. S., Chua, W.-J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45*, 247–267.
Bashe, A., Anderson, S. K., Handelsman, M. M., & Klevansky, R. (2007). An acculturation model for ethics training: The ethics autobiography and beyond. *Professional Psychology: Research and Practice, 38*, 60–67.
Beauchemin, E. (2006, June 20). Dr. Danny Brom: In a traumatized society. *Radio Netherlands*. Retrieved from http://www.radionetherlands.nl/features/dutchhorizons/060620dh
Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: International Universities Press.
Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8*, 77–100.
Becker-Blease, K. A., & Freyd, J. J. (2006). Research participants telling the truth about their lives: The ethics of asking and not asking about abuse. *American Psychologist, 61*, 218–226.
Behnke, S. (2007, February). Adolescents and confidentiality: Letter from a reader. *Monitor on Psychology, 38*(2), 46–47.
Belenky, M. F., Clinchy, B. M., Goldberger, N. R., & Tarule, J. M. (1986). Women's ways of knowing: The development of self, voice, and mind. New York, NY: Basic Books.
Benjet, C., Azar, S. T., & Kuersten-Hogan, R. (2003). Evaluating the parental fitness of psychiatrically diagnosed individuals: Advocating a functional-contextual analysis of parenting. *Journal of Family Psychology, 17*, 238–251.
Bennett, B. E., Bricklin, P. M., Harris, E., Knapp, S., VandeCreek, L., & Younggren, J. N. (2006). *Assessing and managing risk in psychological practice: An individualized approach*. Rockville, MD: The Trust.
Berg, I. K. (1994). *Family-based services: A solution-focused approach*. New York, NY: Norton.
Beutler, L. E., Rocco, F., Moleiro, C. M., & Talebi, H. (2001). Resistance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*, 431–436.
Bishop, D. R., & Eppolito, J. M. (1992). The clinical management of client dynamics and fees for psychotherapy: Implications for research and practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 29*, 545–553.
Blair, I. V., & Banaji, M. R. (1996). Automatic and controlled processes in stereotype priming. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*, 1142–1163.
Blake, P. (Writer), & Yaitanes, G. (Director). (2008). The itch [Television series episode]. In P. Attanasio, K. Jacobs, D. Shore, & B. Singer (Executive Producers), *House, M.D.* Santa Monica, CA: Heel & Toe Films.
Blatner, A. (2002). *Using role playing in teaching empathy*. Retrieved from http://www.blatner.com/adam/pdntbk/tchempathy.htm
Bloom, B. S. (1984). *Taxonomy of educational objectives: Book 1. Cognitive domain*. Boston, MA: Allyn & Bacon.

Bohart, A. C. (2001). The evolution of an integrative experiential therapist. In M. R. Goldfried (Ed.), *How therapists change: Personal and professional reflections* (pp. 221–246). Washington, DC: American Psychological Association.

Bolter, K., Levenson, H., & Alvarez, W. F. (1990). Differences in values between short-term and long-term therapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 21*, 285–290.

Borckardt, J. J., Nash, M. R., Murphy, M D., Moore, M., Shaw, D., & O'Neil, P. (2008). Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research: A guide to case-based time-series analysis. *American Psychologist, 63*(2), 77–95.

Bornstein, B. F. (2005). The dependent patient: Diagnosis, assessment, and treatment. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*, 82–89.

Boyd-Franklin, N., Franklin, A. J., & Toussaint, P. (2000). *Boys into men: Raising our African American teenage sons.* New York, NY: Dutton.

Bozza, A. (2002, July 4). Eminem: The Rolling Stone interview. *Rolling Stone.* Retrieved from http://www.rollingstone.com/news/story/5938445/ eminem_the_rolling _ stone_interview

Brabeck, M., & Brown, L. (1997). Feminist theory and psychological practice. In J. Worell & N. G. Johnson (Eds.), *Shaping the future of feminist psychology: Education, research, and practice* (pp. 15–35). Washington, DC: American Psychological Association.

Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer—Coping or personal transition? *Psycho-Oncology, 10*, 1–18.

Briñol, P., Petty, R. E., & Wheeler, S. C. (2006). Discrepancies between explicit and implicit self-concepts: Consequences for information processing. *Journal of Personality and Social Psychology, 91*, 154–170.

Brogan, M. M., Prochaska, J. O., & Prochaska, J. M. (1999). Predicting termination and continuation status in psychotherapy using the transtheoretical model. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 36*(2), 105–113.

Brown, G. K., Jeglic, E., Henriques, G. R., & Beck, A. T. (2006). Cognitive therapy, cognition, and suicidal behavior. In T. E. Ellis (Ed), *Cognition and suicide Theory, research, and therapy* (pp. 53–74). Washington, DC: American Psychological Association.

Brown, L. M. (1998). *Raising their voices: The politics of girls' anger.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Brown, L. S. (2004). Feminist paradigms of trauma treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41*, 464–471.

Brown, N. R., Lee, P. J., Krslak, M., Conrad, F. G., Hansen, T. G. B., Havelka, J., et al. (2009). Living in history: How war, terrorism, and natural disaster affect the organization of autobiographical memory. *Psychological Science, 20*, 399–405.

Buhs, E. S., Ladd, G. W., & Herald, S. L. (2006). Peer exclusion and victimization: Processes that mediate the relation between peer group rejection and children's classroom engagement and achievement? *Journal of Educational Psychology, 98*, 1–13.

Bureau of Justice Statistics. (2006a). *Homicide trends in the United States.* Retrieved from http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/homicide/tables/kidstab.htm

Bureau of Justice Statistics. (2006b). *Prison statistics.* Retrieved from http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/prisons.htm

Caldwell, L. D. (2009). Counseling with the poor, underserved, and underrepresented. In C. M. Ellis & J. Carlson (Eds.), *Cross cultural awareness and social justice in counseling* (pp. 283–300). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis.

Canadian Psychological Association. (2000). *Canadian code of ethics for psychologists.* Retrieved from http://www.cpa.ca/publications/

Candib, L. M. (2002). Truth telling and advance planning at the end of life: Problems with autonomy in a multicultural world. *Families, Systems, & Health, 20*, 213–228.

Cantor, D. W. (1998). Achieving a mental health bill of rights. *Professional Psychology: Research and Practice, 29*, 315–316.

Cantor, D. W., & Fuentes, M. A. (2008). Psychology's response to managed care. *Professional Psychology: Research and Practice, 39*, 638–645.

Carew, J. (1998). Malcolm X's mother in Montreal: A pioneering educator. In V. R. D'Oyley (Ed.). *Revisioning: Canadian perspectives on the education of Africans in the late 20th century* (pp. 18–24). North York, Ontario: Captus Press.

Carkhuff, R. R. (1969). *Helping and human relations: A primer for lay and professional helpers.* New York, NY: Holt, Rinehart, & Winston.

Carlson, J., & Kjos, D. (Producers). (1998). *Psychotherapy with the experts: Person Centered Therapy with Dr. Natalie Rogers.* Boston, MA: Allyn & Bacon.

Carluccio, S. (2009, March 7). Taking care of the caretaker x 2. Message posted to Pennsylvania Psychological Association electronic mailing list.

Carroll, L., Gilroy, P. J., & Murra, J. (1999). The moral imperative: Self-care for women psychotherapists. *Women and Therapy, 22*, 133–143.

Celenza, A. (1995). Love and hate in the countertransference supervisory concerns. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 32*, 301–307.

Centers for Disease Control and Prevention. (2004, December 3). Diagnoses of HIV/AIDS – 32 States, 2000–2003. *MMWR Weekly, 53*, 1106–1110. [Electronic version] Retrieved from http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5347a3.htm#tab2

Centers for Disease Control and Prevention. (2006). *CDC Wonder.* Retrieved from http://wonder.cdc.gov/

Chaney, J. M., Mullins, L. L., Wagner, J. L., Hommel, K. A., Page, M. C., & Doppler, M. J. (2004). A longitudinal examination of causal attributions and depression symptomatology in rheumatoid arthritis. *Rehabilitation Psychology, 49*, 126–133.

Chang, J., Chan, M., & Stern, O. (2008, February 2). To drink or not to drink: Pregnancy and alcohol. *Good Morning America.* Retrieved from http://abcnews.go.com/video/playerindex?id=4232465

Chasin, R., Grunebaum, M., & Herzig, M. (Eds.), (1990). *One couple/Four realities.* New York, NY: Guilford.

Chavez, A. F., & Guido-DiBrito, F. (1999, Winter). Racial and ethnic identity and development. In M. C. Clark & R. S. Caffarella (Eds.), *An update on adult development theory: New ways of thinking about the life course. New Directions for Adult and Continuing Education, 84* (pp. 39–47). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Chen, S. W.-H., & Davenport, D. S. (2005). Cognitive-behavioral therapy with Chinese American clients: Cautions and modifications. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 101-110.

Cheng, S.-T. (2004). Age and subjective well-being revisited: A discrepancy perspective. *Psychology and Aging*, 19, 409-415.

Cohen, A. B. (2009). Many forms of culture. *American Psychologist*, 64, 194-204.

Cokley, K. O. (2002). Testing Cross's revised racial identity model: An examination of the relationship between racial identity and internalized racialism. *Journal of Counseling Psychology*, 49, 476-483.

Cokley, K. O. (2005). Racial(ized) identity, ethnic identity, and Afrocentric values: Conceptual and methodological challenges in understanding African American identity. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 517-526.

Contemporary Authors Online. (2003). Anna Michener. *Gale*. PEN: 0000131492

Cooper, A. (2006, January 3). One man found dead in West Virginia mine; Search continues for remaining 12 miners. *Anderson Cooper 360 Degrees*. Retrieved from http://transcripts.cnn.com/TRANSCRIPTS/0601/03/acd.01.html

Cooper, C., & Costas, L. (1994, Spring). Ethical challenges when working with Hispanic/Latino families: Personalismo. *The Family Psychologist*, 10(2), 32-34.

Coster, J. S., & Schwebel, M. (1997). Well-functioning in professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(1), 5-13.

Craig, M. (2002). *The pocket Dalai Lama*. Boston, MA: Shambhala Publications.

Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York, NY: HarperPerennial.

Cullen, D. (2009). *Columbine*. New York, NY: Hatchett Book Group.

Curtis, R. (2002). Termination from a psychoanalytic perspective. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(3), 350-357.

Dalai Lama. (2009). *The Dalai Lama's little book of inner peace: The essential life and teachings*. Charlottesville, VA: Hampton Roads Publishing.

Dalgleish, T., & Power, M. J. (2004). Emotion-specific and emotion-non-specific components of posttraumatic stress disorder (PTSD): Implications for a taxonomy of related psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1069-1088.

Dau, J. B., & Sweeney, M. S. (2007). God grew tired of us: A memoir. Washington, DC: National Geographic Society.

de Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York, NY: W. W. Norton.

Denno, D. W. (2003). Appendix 1. Time line of Andrea Yates' life and trial. *Duke Journal of Gender Law and Policy*, 10, 61-84. Retrieved from http://www.law.duke.edu/journals/journaltoc?journal=djglp&toc=gentoc10n1.htm

Doherty-Sneddon, G., & Phelps, F. G. (2005). Gaze aversion: A response to cognitive or social difficulty? *Memory and Cognition*, 33, 727-733.

Dumont, F., & Corsini, R. J. (2011). Introduction to twenty-first psychotherapies. In D. Wedding & R. J. Corsini (Eds.), *Case studies in psychotherapy* (9th ed.). Belmont, CA: Cengage.

Dunkley, J., & Whelan, T. A. (2006). Vicarious traumatisation: Current status and future directions. *British Journal of Guidance and Counselling*, 34, 107-116.

Dunn, D. S., & Dougherty, S. B. (2005). Prospects for a positive psychology of rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, 50, 305-311.

Eberlein, L. (1987). Introducing ethics to beginning psychologists: A problem-solving approach. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18, 353-359.

Emmons, R. A. (2005). Emotion and religion. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 235-252). New York, NY: Guilford Press.

Epstein, R. S., & Simon, R. I. (1990). The Exploitation Index: An early warning indicator of boundary violations in psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 54, 450-465.

Epston, D., & White, M. (1995). Termination as a rite of passage: Questioning strategies for a therapy of inclusion. In R. A. Neimeyer, & M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy* (pp. 339-354). Washington, DC: American Psychological Association.

Evans, I. M. (1993). Constructional perspectives in clinical assessment. *Psychological Assessment*, 5, 264-272.

Ewing, C. P. (2005). Judicial Notebook: Tarasoff reconsidered. *Monitor on Psychology*, 36(7), 112.

Faderman, L. (1998). *I begin my life all over: The Hmong and the American immigrant experience*. Boston, MA: Beacon Press.

Fadiman, A. (1997). *The spirit catches you and you fall down*. New York, NY: Farrar, Straus and Giroux.

Farber, B. A., Berano, K. C., & Capobianco, J. A. (2004). Clients' perceptions of the process and consequences of self-disclosure in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 340-346.

Faunce, P. S. (1990). Self-care and wellness of feminist therapists. In H. Lerman & N. Porter (Eds.), *Feminist ethics in psychotherapy* (pp.123-130). New York, NY: Springer.

Faust, J., & Katchen, L. B. (2004). Treatment of children with complicated posttraumatic stress reactions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 426-437.

Fehr, B. (2004). Intimacy expectations in same-sex friendships: a prototype interaction-pattern model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 265-284.

Finn, S. E., & Tonsager, M. E. (1997). Information-gathering and therapeutic models of assessment: Complementary paradigms. *Psychological Assessment*, 9, 374-385.

Folkins, J. (1992). Resource on Person-First Language: The language used to describe individuals with disabilities. *American Speech-Language-Hearing Association*. Retrieved from http://www.asha.org/publications/journals/submis sions/person_first.htm

Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 125, 189-198.

Ford, M. P., & Hendrick, S. S. (2003). Therapists' sexual values for self and clients: Implications for practice and training. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 80-87.

Fowers, B. J., & Davidov, B. J. (2006). The virtue of multiculturalism: Personal transformation, character, and openness to the other. *American Psychologist, 61*, 581–594.

Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore: Johns Hopkins Paperbacks.

Frankl, V. E. (1946/1984). *Man's search for meaning* (rev. ed.). New York: NY: Washington Square Press.

Fraser, J. S., & Solovey, A. D. (2007). *Second-order change in psychotherapy: The golden thread that unifies effective treatments*. Washington, DC: American Psychological Association.

Frazier, P. A., Mortensen, H., & Steward, J. (2005). Coping strategies as mediators of the relations among perceived control and distress in sexual assault survivors. *Journal of Counseling Psychology, 52*, 267–278.

Friedlander, M. L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic alliances in couple and family therapy: An empirically informed guide to practice*. Washington, DC: American Psychological Association.

Friedlander, M. L., Thibodeau, J. R., & Ward, L. G. (1985). Discriminating the "good" from the "bad" therapy hour: A study of dyadic interaction. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 22*, 631–642.

Fukuyama, M. (1990). Taking a universal approach to multicultural counseling. *Counselor Education and Supervisor, 30*, 6–17.

Fukuyama, M. A., & Sevig, T. D. (1999). *Integrating spirituality into multicultural counseling*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Gabriella. (2001, February). Interview with Eminem: It's lonely at the top. *NY Rock*. Retrieved from http://www.nyrock.com/interviews/2001/eminem_int.asp

Gandy, K. (2002, March 13). Yates verdict can serve as warning to prevent future tragedies. *National Organization for Women*. Retrieved from http://www.now.org/press/03-02/03-13a.html

Garcia, J. A., & Weisz, J. R. (2002). When youth mental health care stops: Therapeutic relationship problems and other reasons for ending youth outpatient treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 439–443.

Gately, G. (2006, January 7). Miner's wife hopes prayers and Metallica will help him pull through. *New York Times*. Retrieved from http://www.nytimes.com/2006/01/07/national/07survivor.html?_r=1&n=Top%2fNews%2fNational%2fU.S.%20States%2c%20Territories%20and%20Possessions%2fWest%20Virginia

Gawthrop, J. C., & Uhlemann, M. R. (1992). Effects of the problem-solving approach in ethics training. *Professional Psychology: Research and Practice, 23*, 38–42.

Gesn, P. R., & Ickes, W. (1999). The development of meaning contexts for empathic accuracy: Channel and sequence effects. *Journal of Personality and Social Psychology, 7*, 746–761.

Getzinger, A. (1993). Informed consent and systems consultation: A description of the process and a prescription for change. *Family Systems Medicine, 11*, 235–245.

Gilbert, D. T., & Malone, P. S. (1995). The correspondence bias. *Psychological Bulletin, 117*, 21–38.

Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Gilroy, P. J., Carroll, L., & Murra, J. (2002). A preliminary survey of counseling psychologists' personal experiences with depression and treatment. *Professional Psychology: Research and Practice, 33*, 402–407.

Gilstrap, L. L. (2004). A missing link in suggestibility research: What is known about the behavior of field interviewers in unstructured interviews with young children? *Journal of Experimental Psychology: Applied, 10*, 13–24.

Ginzburg, K. (2004). PTSD and world assumptions following myocardial infarction: A longitudinal study. *American Journal of Orthopsychiatry, 74*, 286–292.

Glick, D., Keene-Osborn, S., Gegax, T. T., Bai, M., Clemetson, L., Gordon, D., et al. (1999, May 3). Anatomy of a massacre. *Newsweek, 153*, 24–30.

Glosoff, H. L., & Kocet, M. M. (2005). Highlights of the 2005 ACA Code of Ethics. In G. R. Walz, J. C. Bleuer, & R. K. Yep (Eds.), *Vistas: Compelling perspectives on counseling 2006* (pp. 5–9). Alexandria, VA: American Counseling Association.

Goerke, M., Möller, J., Schulz-Hardt, S., Napiersky, U., & Frey, D. (2004). "It's not my fault—but only I can change it": Counterfactual and prefactual thoughts of managers. *Journal of Applied Psychology, 89*, 279–292.

Goldfried, M. R. (2002). A cognitive-behavioral perspective on termination. *Journal of Psychotherapy Integration, 12*(3), 364–372.

Goldfried, M. R. (2004). Integrating integratively oriented brief psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 14*, 93–105.

Goldfried, M. R. (2007). What has psychotherapy inherited from Carl Rogers? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 44*, 249–252.

Goldfried, M. R., & Davila, J. (2005). The role of relationship and technique in therapeutic change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*, 421–430.

Gollan, T., & Witte, E. H. (2008). "It was right to do it, because ..." Understanding justifications of actions as prescriptive attributions. *Social Psychology, 39*, 189–196.

Gonzalez, J. S., Safren, S. A., Cagliero, E., Wexler, D. J., Delahanty, L., Wittenberg, E., et al. (2009). Depression, self-care, and medication adherence in Type 2 Diabetes: Relationships across the full range of symptom severity. *Diabetes Care, 30*, 2222–2227.

Gray, M. J., Maguen, S., & Litz, B. T. (2007). Schema constructs and cognitive models of posttraumatic stress disorder. In L. P. Riso, P. L. du Toit, D. J. Stein, & J. E. Young, (Eds.), *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide* (pp. 59–92). Washington, DC: American Psychological Association.

Greenberg, D., & Wiesner, I. S. (2004). Jews. In A. M. Josephson & J. R. Peteet (Eds.), *Handbook of spirituality and worldview in clinical practice* (pp. 91–109). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Greenberg, L. (2008). Emotion and cognition in psychotherapy: The transforming power of affect. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 49*, 49–59.

Greenberg, L. S. (2002). Termination of experiential therapy. *Journal of*

Psychotherapy Integration, 12(3), 358–363.

Greenberg, L. S., Elliot, R., Watson, J. C., & Bohart, A. C. (2001). Empathy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*, 380–384.

Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change.* New York, NY: Guilford Press.

Greene, B. A. (1985). Considerations in the treatment of Black patients by White therapists. *Psychotherapy, 22*, 389–393.

Greenfield, P. M., Trumbull, E., Keller, H., Rothstein-Fisch, C., Suzuki, L., & Quiroz, B. (2006). Cultural conceptions of learning and development. In P. A. Alexander & P. H. Winne (Eds.), *Handbook of educational psychology* (pp. 675–692). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Grigsby, N., & Hartman, B. R. (1997). The Barriers Model: An integrated strategy for intervention with battered women. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 34*, 485–497.

Guthiel, T., & Gabbard, G. (1993). The concept of boundaries in clinical practice: Theoretical and risk management dimensions. *American Journal of Psychiatry, 150*, 188–196.

Guy, J. D. (2000). Self-care corner: Holding the holding environment together: Self-psychology and psychotherapist care. *Professional Psychology: Research and Practice, 31*(3), 351–352.

Haldeman, D. C. (2002). Gay rights, patient rights: The implications of sexual orientation conversion therapy. *Professional Psychology: Research and Practice, 33*, 260–264.

Hall, J. A., & Schmid Mast, M. (2007). Sources of accuracy in the empathic accuracy paradigm. *Emotion, 7*, 438–446.

Hampton-Robb, S., Qualls, R. C., & Compton, W. C. (2003). Predicting first-session attendance: The influence of referral source and client income. *Psychotherapy Research, 13*, 223–233.

Handelsman, M. M., Gottlieb, M. C., & Knapp, S. (2005). Training ethical psychologists: An acculturation model. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*, 59–65.

Handelsman, M. M., Knapp, S., & Gottlieb, M. C. (2002). Positive ethics. In C. R. Snyder & S. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 731–744). New York, NY: Oxford University Press.

Handelsman, M. M., & Martin, W. L. (1992). Effects of readability on the impact and recall of written informed consent material. *Professional Psychology: Research and Practice, 23*, 500–503.

Hardin, E. E., Weigold, I. K., Robitschek, C., & Nixon, A. E. (2007). Self-discrepancy and distress: The role of personal growth initiative. *Journal of Counseling Psychology, 54*, 86–92.

Hart, J., Shaver, P. R., & Goldenberg, J. L. (2005). Attachment, self-esteem, worldviews, and terror management: Evidence for a tripartite security system. *Journal of Personality and Social Psychology, 88*, 999–1013.

Hatchett, G. T., & Park, H. L. (2003). Comparison of four operational definitions of premature termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 40*(3), 226–231.

Hawley, K. M., & Weisz, J. R. (2003). Child, parent and therapist (dis)agreement on target problems in outpatient therapy: The therapist's dilemma and its implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 62–70.

Hays, J. R. (2002, May/June). State of Texas v. Andrea Yates. *National Psychologist, 11*(3). Retrieved from http://nationalpsychologist.com/articles/art_v11n3_3.htm

Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 511–524.

Heilbrun, K., & Kramer, G. M. (2005). Involuntary medication, trial competence, and clinical dilemmas: Implications of Sell v. United States for psychological practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*, 459–466.

Helms, J. E., & Cook, D. A. (1999). *Using race and culture in counseling and psychotherapy: Theory and process.* Boston, MA: Allyn & Bacon.

Hinrichsen, G. A., & Pollack, S. (1997). Expressed emotion and the course of late-life depression. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 336–340.

Hirt, E. R., McDonald, H. E., & Erikson, G. A. (1995). How do I remember thee? The role of encoding set and delay in reconstructive memory processes. *Journal of Experimental Social Psychology, 63*, 724–738.

Hodges, K., Doucette-Gates, A., & Liao, Q. (1999). The relationship between the Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS) and indicators of functioning. *Journal of Child and Family Studies, 8*, 109–122.

Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research, 11*, 213–218.

Hooley, J. M., & Hiller, J. B. (2000). Personality and expressed emotion. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 40–44.

Hooley, J. M., & Teasdale, J. D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology, 98*(3), 229–235.

Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (Eds.). (1999). *The heart & soul of change: What works in therapy.* Washington, DC: American Psychological Association.

Ibrahim, F. A. (1985). Effective cross-cultural counseling and psychotherapy: A framework. *Counseling Psychologist, 13*, 625–638.

Ito, T. A., Larsen, J. T., Smith, N. K., & Cacioppo, J. T. (1998). Negative information weighs more heavily on the brain: The negativity bias in evaluative categorizations. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 887–900.

Ivey, A. E., & Ivey, M. B. (2003). *Intentional interviewing and counseling: Facilitating client development in a multicultural society* (5th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Ivey, A. E., Ivey, M. B., & Simek-Morgan, L. (1997). *Counseling and psychotherapy: A multicultural perspective.* Boston, MA: Allyn & Bacon.

Janis, I. L. (1997). Groupthink. In W. A. Lesko (Ed.), *Readings in social psychology* (3rd ed., pp. 333–337). Boston, MA: Allyn & Bacon.

Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition, 7*, 113–136.

Jenaro, C., Flores, N., & Arias, B. (2007). Burnout and coping in human service practitioners.

Professional Psychology: Research and Practice, 38(1), 80–87.
Jennings, L., & Skovholt, T. M. (2001). The cognitive, emotional, and relational characteristics of master therapists. *Journal of Counseling Psychology, 46*, 3–11.
Jennings, L., Sovereign, A., Botorff, N., Mussell, M. P., & Vye, C. (2005). Nine ethical values of master therapists. *Journal of Mental Health Counseling, 27*, 32–47.
John, E. (2005, April 21). Eminem. *Rolling Stone, 972*, 90.
Jones, E. E. (1979). The rocky road from acts to dispositions. *American Psychologist, 34*, 107–117.
Jones, G. C., Rovner, B. W., Crews, J. E., & Danielson, M. L. (2009). Effects of depressive symptoms on health behavior practices among older adults with vision loss. *Rehabilitation Psychology, 54*, 164–172.
Kabacoff, R. I., Miller, I. W., Bishop, D. S., Epstein, N. B., & Keitner, G. (1990). A psychometric study of the McMaster Family Assessment Device in psychiatric, medical, and non-clinical samples. *Journal of Family Psychology, 3*, 431–439.
Kahana, B., Hurel, Z., & Kahana, E. (1988). Predictors of psychological well-being among survivors of the Holocaust. In J. Wilson, Z. Harel, & B. Kahana (Eds.), *Human adaptation to extreme stress* (pp. 171–192). New York, NY: Plenum.
Karno, M. P., & Longabaugh, R. (2005). Less directiveness by therapists improves drinking outcomes of reactant clients in alcoholism treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 262–267.
Kerwin, C., Ponterotto, J. G., Jackson, B. L., & Harris, A. (1993). Racial iden-tity in biracial children: A qualitative investigation. *Journal of Counseling Psychology, 40*, 221–231.
Keyes, C. L. M., & Haidt, J. (2003). *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived*. Washington, DC: American Psychological Association.
Kidd, S. M. (2006). *When the heart waits: Spiritual direction for life's sacred questions*. New York, NY: HarperOne.
Kids Count Data Center. (2009). Data book. *Annie E. Casey Foundation*. Retrieved from http://datacenter.kidscount.org/databook/2009/Default.aspx
Kim, B. S. K., Ng, G. F., & Ahn, A. J. (2005). Effects of client expectation for counseling success, client–counselor worldview match, and client adherence to Asian and European American cultural values on counseling process with Asian Americans. *Journal of Counseling Psychology, 52*, 67–76.
Kirsch, I., Deacon, B. J., Huedo-Medina, T. B., Scoboria, A., Moore, T. J., & Johnson, B. T. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the FDA. *PLoS Medicine, 5*, 260–268.
Kitchener, K. S. (1984). Intuition, critical evaluation and ethical principles: The foundation for ethical decisions in counseling psychology. *Counseling Psychologist, 12*, 43–55.
Kitchener, K. S. (1986). Teaching applied ethics in counselor education: An integration of psychological processes and philosophical analysis. *Journal of Counseling and Development, 64*, 306–310.
Knapp, S., & Slattery, J. M. (2004). Professional boundaries in nontraditional settings. *Professional Psychology: Research and Practice, 35*, 553–558.
Knapp, S. J., & Vandecreek, L. D. (2006). *Practical ethics for psychologists: A positive approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
Knapp, S., & Vandecreek, L. (2007). Balancing respect for autonomy with competing values with the use of principle-based ethics. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 44*, 397–404.
Kohlberg, L. (1966). Moral education in the schools: A developmental view. *School Review, 74*, 1–30.
Koltko-Rivera, M. E. (2004). The psychology of worldviews. *Review of General Psychology, 8*, 3–58.
Kottler, J. A. (2004). *Introduction to therapeutic counseling: Voices from the field* (5th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
Kramen-Kahn, B., & Hansen, N. D. (1998). Rafting the rapids: Occupational hazards, rewards, and coping strategies of psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 29*, 130–134.
Labov, W. (1997). Some further steps in narrative analysis. *The Journal of Narrative and Life History, 7*, 395–415.
Lakin, J. L., & Chartrand, T. L. (2003). Using nonconscious behavioral mimicry to create affiliation and rapport. *Psychological Science, 14*, 334–339.
Lam, A. G., & Sue, S. (2001). Client diversity. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*, 479–486.
Lamb, D. H., & Catanzaro, S. J. (1998). Sexual and nonsexual boundary violations involving psychologists, clients, supervisees, and students: Implications for professional practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 29*, 498–503.
Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldstein (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94–129). New York, NY: Basic Books.
Lambert, M. J., & Archer, A. (2006). Research findings on the effects of psychotherapy and their implications for practice. In C. D. Goodheart, A. E. Kazdin, & R. J. Sternberg (Eds.), *Evidence-based psychotherapy: Where practice and research meet* (pp. 111–130). Washington, DC: American Psychological Association.
Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*, 357–361.
Lambert, M. J., Gregersen, A. T., & Burlingame, G. M. (2004). The Outcome Questionnaire-45. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (3rd ed., pp. 191–234). Mahwah, NJ: Erlbaum.
Lane, S. (2004). *Eminem*. New York, NY: Gale.
Langton, S. R. H., O'Malley, C., & Bruce, V. (1996). Actions speak no louder than words: Symmetrical cross-modal interference effects in the processing of verbal and gestural information. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance, 22*(6), 1357–1375.
Lao Family Community of Minnesota, Inc. (1997). *Hmong history and culture*. Retrieved from http://www.laofamily.org/hmong-history-culture.htm
Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., & Nguyen, T.D.

(1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning, 2*, 197–207.

LaTorre, R. A. (1977). Pretherapy role induction procedures. *Canadian Psychological Review, 18*, 308–321.

Laudet, A. B., Magura, S., Vogel, H. S., & Knight, E. L. (2004). Perceived reasons for substance misuse among persons with a psychiatric disorder. *American Journal of Orthopsychiatry, 74*, 365–375.

Lazarus, A. A. (1993). Tailoring the therapeutic relationship, or being an authentic chameleon. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 30*, 404–407.

Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*, 177–190.

Lee, D. Y., Uhlemann, M. R., & Haase, R. F. (1985). Counselor verbal and nonverbal responses and perceived expertness, trustworthiness, and attractiveness. *Journal of Counseling Psychology, 32*, 181–187.

Lee, R. E. (2009). "If you build it, they may not come": Lessons from a funded project. *Research on Social Work Practice, 1*, 251–260.

Lent, R. W. (2004). Toward a unifying theoretical and practical perspective on well-being and psychosocial adjustment. *Journal of Counseling Psychology, 51*, 482–509.

Lerner, M. J. (1970). The desire for justice and reactions to victims: Social psychological studies of some antecedents and consequences. In J. Macaulay & L. Berkowitz (Eds.), *Altruism and helping behavior*. New York, NY: Academic Press.

Liberman, A., & Chaiken, S. (1991). Value conflict and thought-induced attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology, 27*, 203–216.

Lilliengren, P., & Werbart, A. (2005). A model of therapeutic action grounded in the patients' view of curative and hindering factors in psychoanalytic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*, 324–339.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford.

Liszcz, A. M., & Yarhouse, M. A. (2005). Same-sex attraction: A survey regarding client-directed treatment goals. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*, 111–115.

Lopez, S. J., & Snyder, C. R. (2003). The future of positive psychological assessment: Making a difference. In S. J. Lopez & V. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 461–468). Washington, DC: American Psychological Association.

Lopez, S. J., Snyder, C. R., & Rasmussen, H. N. (2003). Striking a vital balance: Developing a complementary focus on human weakness and strength through positive psychological assessment. In S. J. Lopez & V. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 3–20). Washington, DC: American Psychological Association.

López, S. R., Nelson Hipke, K., Polo, A. J., Jenkins, J. H., Karno, M., Vaughn, C., et al. (2004). Ethnicity, expressed emotion, attributions, and course of schizophrenia: Family warmth matters. *Journal of Abnormal Psychology, 113*, 428–439.

Luster, T., Qin, D., Bates, L., Johnson, D., & Rana, M. (2009). The Lost Boys of Sudan: Coping with ambiguous loss and separation from parents. *American Journal of Orthopsychiatry, 79*, 203–211.

Maio, G., & Olson, J. M. (1998). Values as truisms: Evidence and implications. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 294–311.

Malcolm X, & Haley, A. (1964/1999). *The autobiography of Malcolm X*. New York, NY: Ballantine Books.

Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 438–450.

Mathews, T. J., & MacDorman, M. F. (2006). Infant mortality statistics from the 2003 period linked birth/infant death data set. *National Vital Statistics Reports*. Retrieved from http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr54/nvsr54_16.pdf

Mattlin, J. A., Wethington, E., & Kessler, R. (1990). Situational determinants of coping and coping effectiveness. *Journal of Health and Social Behavior, 31*, 103–122.

May, R. (1967). *The art of counseling*. Nashville, TN: Abingdon.

McCabe, G. H. (2007). The healing path: A culture and community-derived indigenous therapy model. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 44*, 148–160.

McGoldrick, M. (1999). Explaining genogram symbols. *Multicultural Family Institute*. Retrieved from http://www.multiculturalfamily.org/genograms/genogram_symbols.html

McGoldrick, M., Gerson, R., & Shellenberger, S. (1999). *Genograms: Assessment and intervention* (2nd ed.). New York, NY: W. W. Norton.

McIntosh, P. (1989, July/August). White privilege: Unpacking the invisible knapsack. *Peace and Freedom*, pp. 10–12.

McKinnon, J. (2003). *The Black Population in the United States: March 2002*. U.S. Census Bureau, Current Population Reports, Series P20-541. Washington, DC. Retrieved from http://www.census.gov/prod/2003pubs/p20-541.pdf

McLellan, A. T., Alterman, A. I., Metzger, D. S., Grissom, G. R., Woody, G. E., Luborsky, L., et al. (1994). Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine, and alcohol treatments: Role of treatment services. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 1141–1158.

Meehl, P. E. (1954). *Clinical versus statistical prediction*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.

Meichenbaum, D. (2005). 35 years of working with suicidal patients: Lessons learned. *Canadian Psychology, 46*, 64–72.

Merton, R. K. (1948). The self-fulfilling prophecy. *Antioch Review, 8*, 193–210.

Michener, A. J. (1998). *Becoming Anna: The autobiography of a sixteen-year-old*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Mikulincer, M. (1998). Adult attachment style and affect regulation: Strategic variations in self-appraisals. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 420–435.

Miller, R. B. (2005). Suffering in psychology: The demoralization of psychotherapeutic practice. *Journal of Psychotherapy Integration, 15*, 299–336.

Moline, M. E., Williams, G. T., & Austin, K. M. (1998). *Documenting psychotherapy: Essentials for mental health practitioners*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Moos, R. H. (2003). Addictive disorders in context: Principles and puzzles of effective treatment and recovery. *Psychology of Addictive Behaviors, 17*, 3–12.

Mordecai, E. M. (1991). A classification of empathic failures for psychotherapists and supervisors. *Psychoanalytic Psychology, 8*, 251–262.

Mozdrzierz, G. J., Peluso, P. R., & Lisiecki, J. (2009). *Principles of counseling and psychotherapy: Learning the essential domains and nonlinear thinking of master practitioners*. New York, NY: Routledge.

Muder, D. (2007, Fall). Not my father's religion: Unitarian Universalism and the working class. UU World, *21*(3), pp. 33–37.

Mulvey, E. P., & Cauffman, E. (2001). The inherent limits of predicting school violence. *American Psychologist, 56*, 797–802.

Murphy, B. C., & Dillon, C. (2003). *Interviewing in action: Relationship, process, and change*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Murphy, H., Dickens, C., Creed, F., & Bernstein, R. (1999). Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research, 46*, 155–164.

National Association of Social Workers. (2008). *Code of ethics of the National Association of Social Workers*. Retrieved from http://www.socialworkers.org/pubs/code/code.asp

Neimeyer, R. A., & Stewart, A. E. (2000). Constructivist and narrative psychotherapies. In C. R. Snyder & R. E. Ingram (Eds.), *Handbook of psychotherapy* (pp. 337–357). New York, NY: Wiley.

Nelson, M. L., Englar-Carlson, M., Tierney, S. C., & Hau, J. M. (2006). Class jumping into academia: Multiple identities for counseling academics. *Journal of Counseling Psychology, 53*, 1–14.

Neugebauer, A., Katz, P. P., & Pasch, L. A. (2003). Effect of valued activity disability, social comparisons, and satisfaction with ability on depressive symptoms in rheumatoid arthritis. *Health Psychology, 22*, 253–262.

News conference with EO of International Coal Group. (2006, January 4). *New York Times*. Retrieved from http://www.nytimes.com/2006/01/04/national/04text-hatfield.html?emc=eta1

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science, 3*, 400–424.

Norcross, J. C. (2000). Psychotherapist self-care: Practitioner-tested, research-informed strategies. *Professional Psychology: Research and Practice, 31*, 710–713.

Norcross, J. C., & Wogan, M. (1987). Values in psychotherapy: A survey of practitioners' beliefs. *Professional Psychology: Research and Practice, 18*, 5–7.

Nowell, D., & Spruill, J. (1993). If it's not absolutely confidential, will information be disclosed? *Professional Psychology: Research and Practice, 24*, 367–369.

Noy-Sharav, D. (1998). Who is afraid of STDP? Termination in STDP and therapist's personality. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 35*, 69–77.

O'Connor, K. (2005). Addressing diversity issues in play therapy. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*, 566–573.

O'Farrell, T. J., Hooley, J., Fals-Stewart, W., & Cutter, H. S. G. (1998). Expressed emotion and relapse in alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 744–752.

O'Hanlon, W. H., & Weiner-Davis, M. (1989). *In search of solutions: A new direction in psychotherapy*. New York, NY: W. W. Norton.

Olopade, D. (2009, July 21). Skip Gates speaks. *The Root*. Retrieved from http://www.theroot.com/views/skip-gates-speaks?page=0,0

O'Malley, S. (2004). *"Are you there alone?": The unspeakable crime of Andrea Yates*. New York, NY: Simon & Schuster.

Orlinsky, D. E., & Ronnestad, M. H. (2005a). Aspects of professional development. In D. E. Orlinsky & M. H. Ronnestad (Eds.), *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth* (pp. 103–116). Washington, DC: American Psychological Association.

Orlinsky, D. E., & Ronnestad, M. H. (2005b). Career development: Correlates of evolving expertise. In D. E. Orlinsky & M. H. Ronnestad (Eds.), *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth* (pp. 131–142). Washington, DC: American Psychological Association.

Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., Gerin, P., Davis, J. D., Ambühl, H., Davis, M. L., et al. (2005). The development of psychotherapists. In D. E. Orlinsky & M. H. Ronnestad (Eds.), *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth* (pp. 3–13). Washington, DC: American Psychological Association.

Oyserman, D. (1993). The lens of personhood: Viewing the self and others in a multicultural society. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 993–1009.

Oyserman, D., Coon, H. M., & Kemmelmeier, M. (2002). Rethinking individualism and collectivism: Evaluation of theoretical assumptions and meta-analyses. *Psychological Bulletin, 128*, 3–72.

Paniagua, F. A. (1998). *Assessing and treating culturally diverse clients: A practical guide* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Park, C. L. (2004). The notion of stress-related growth: Problems and prospects. *Psychological Inquiry, 15*, 69–76.

Park, C. L. (2005). Religion and meaning. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 295–314). New York, NY: Guilford Press.

Park, C. L., Aldwin, C. M., Fenster, J. R., & Snyder, L. B. (2008). Pathways to posttraumatic growth versus posttraumatic stress: Coping and emotional reactions following the September 11, 2001, terrorist attacks. *American Journal of Orthopsychiatry, 78*, 300–312.

Park, C. L., Edmondson, D., & Mills, M. A. (in press). Reciprocal influences of religiousness and global meaning in the stress process. In T. Miller (Ed.), *Coping with life transitions*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology, 1*, 115–144.

Park, C. L., Folkman, S., & Bostrom, A. (2001). Appraisals of controllability and coping in caregivers and HIV+ men: Testing the goodness-of-fit

hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 481–488.

Park, C. L., Lechner, S. C., Antoni, M. H., & Stanton, A. L. (Eds.). (2009). *Medical illness and positive life change: Can crisis lead to personal transformation?* Washington, DC: American Psychological Association.

Park, C. L., & Slattery, J. M. (2009). Including spirituality in case conceptualizations: A meaning system approach. In J. Aten & M. Leach (Eds.), *Spirituality and the therapeutic practice: A guide for mental health professionals* (pp. 121–142). Washington, DC: American Psychological Association.

Park, J., & Banaji, M. R. (2000). Mood and heuristics: The influence of happy and sad states on sensitivity and bias in stereotyping. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*, 1005–1023.

Partie, M. (2005, October). Flying back over the cuckoo's nest. *Therapeutic Options*. Retrieved from http:// therops.net/node/26

Pearlman, L. A., & Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 26*(6), 558–565.

Pedersen, P. B., Crethar, H. C., & Carlson, J. (2008). *Inclusive cultural empathy: Making relationships central in counseling and psychotherapy.* Washington, DC: American Psychological Association.

Petty, S. C., Sachs-Ericsson, N., & Joiner, T. E. (2004). Interpersonal functioning deficits: Temporary or stable characteristics of depressed individuals? *Journal of Affective Disorders, 81*, 115–122.

Piaget, J. (1929/1960). *The child's conception of the world.* Oxford, England: Littlefield, Adams.

Pinel, E. C., & Constantinou, M. J. (2003). Putting self psychology to good use: When social and clinical psychologists unite. *Journal of Psychotherapy Integration, 13*, 9–32.

Pipes, R. B., Blevins, T., & Kluck, A. (2008). Confidentiality, ethics, and informed consent. *American Psychologist, 63*, 623–624.

Pitts, G., & Wallace, P. A. (2003). Cultural awareness in the diagnosis of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Primary Psychiatry, 10*, 84–88.

Pomerantz, A. M., & Handelsman, M. M. (2004). Informed consent revisited: An updated written question format. *Professional Psychology: Research and Practice, 35*, 201–205.

Pope, K. S., & Brown, L. S. (1996). *Recovered memories of abuse: Assessment, therapy, forensics.* Washington, DC: American Psychological Association.

Pope, K. S., Keith-Spiegel, P., & Tabachnick, B. G. (1986). Sexual attraction to clients: The human therapist and the (sometimes) inhuman training system. *American Psychologist, 41*(2), 147–158.

Pope, K. S., & Keith-Spiegel, P. (2008). A practical approach to boundaries in psychotherapy: Making decisions, bypassing blunders, and mending fences. *Journal of Clinical Psychology: In Session, 64*, 638–652.

Pope, K. S., Sonne, J. L., & Holroyd, J. (1993). *Sexual feelings in psychotherapy: Explorations for therapists and therapists-in-training.* Washington, DC: American Psychological Association.

Pope, K. S., & Tabachnick, B. G. (1993). Therapists' anger, hate, fear, and sexual feelings: National survey of therapist responses, client characteristics, critical events, formal complaints, and training. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*, 142–152.

Pope, K. S., Tabachnick, B. G., & Keith-Spiegel, P. (1988). Good and poor practices in psychotherapy: National survey of beliefs of psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 19*, 547–552.

Pope, K. S., & Vasquez, M. T. (1998). *Ethics in psychotherapy and counseling* (2nd ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Pope, K. S., & Vasquez, M. T. (2005). *How to survive and thrive as a therapist: Information, ideas, and resources for psychologists in practice.* Washington, DC: American Psychological Association.

Prager, E., & Solomon, Z. (1995). Perceptions of world benevolence, meaningfulness, and self-worth among elderly Israeli Holocaust survivors and non-survivors. *Anxiety, Stress, and Coping, 8*, 265–277.

Pretzer, J. L., & Walsh, C. A. (2001). Optimism, pessimism, and psychotherapy: Implications for clinical practice. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism & pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 321–346). Washington, DC: American Psychological Association.

Prochaska, J. O. (1999). How do people change, and how can we change to help many more people? In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart & soul of change: What works in therapy* (pp. 227–255). Washington, DC: American Psychological Association.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 19*, 276–288.

Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2001). Stages of change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*, 443–448.

Radeke, J. T., & Mahoney, M. J. (2000). Comparing the personal lives of psychotherapists and research psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 31*, 82–84.

Raphaely, D. (1991). Informed consent near death: Myth and actuality. *Family Systems Medicine, 9*, 343–370.

Religious Tracts by Michael Woroniecki. (2008, November 13). Retrieved from http://www.flickr .com/photos/86593188@N00/ 3028898336/sizes/l/in/ set-72157609022093567/

Reust, C. E., Thomlinson, R. P., & Lattie, D. (1999). Keeping or missing the initial behavioral health appointment: A qualitative study of referrals in a primary care setting. *Families, Systems and Health, 17*, 399–411.

Reyes, C. J., Kokotovic, A. M., & Cosden, M. A. (1996). Sexually abused children's perceptions: How they may change treatment focus. *Professional Psychology: Research and Practice, 27*, 588–591.

Rigazio-DiGilio, S. A., Ivey, A. E., Kunkler-Peck, K. P., & Grady, L. T. (2005). *Community genograms: Using individual, family and cultural narratives with clients.* New York, NY: Teachers College Press.

Robin, K. (Writer), & Garcia, R. (Director). (2001). A private life [Television series episode]. In A. Ball (Executive Producer), *Six feet under.* HBO Home Video.

Robinson, K. (2002). *A single square picture*. New York, NY: Berkley.
Roche, T. (2002a, March 18). Andrea Yates: More to the story. *Time*. Retrieved from http://www.time.com/time/nation/article/0,8599,218445,00.html
Roche, T. (2002b, January 20). The Yates odyssey. *Time*, 42–50.
Rogers, A. (2001, Winter). Alphabets of the night: Toward a poetics of trauma. *Radcliffe Quarterly*, pp. 20–23.
Rogers, A. G. (1995). *A shining affliction: A story of harm and healing in psychotherapy*. New York, NY: Penguin Books.
Rogers, A. G. (2006). *The unsayable: The hidden language of trauma*. New York, NY: Random House.
Rogers, A. G., Casey, M. E., Ekert, J., Holland, J., Nakkula, V., & Sheinberg, N. (1999). An interpretive poetics of languages of the unsayable. In R. Josselson & A. Lieblich (Eds.), *Making meaning of narratives* (pp. 77–106). Thousand Oaks, CA: Sage.
Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
Rogers, C. R. (1957/1992). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 827–832.
Rokeach, M., & Ball-Rokeach, S. J. (1989). Stability and change in American value priorities, 1968–1981. *American Psychologist, 44*, 775–784.
Ronnestad, M. H., & Orlinsky, D. E. (2005). Clinical implications: Training, supervision, and practice. In D. E. Orlinsky & M. H. Ronnestad (Eds.), *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth* (pp. 103–116). Washington, DC: American Psychological Association.
Rosenthal, R. (2002). Covert communication in classrooms, clinics, courtrooms, and cubicles. *American Psychologist, 57*, 839–849.
Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 6*, 412–415.
Ross, L. (1977). The intuitive psychologist and his shortcomings: Distortions in the attribution process. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in zexperimental social psychology* (Vol. 10, pp. 174–221). New York, NY: Academic Press.
Rothschild, B. (2004, September/October). Mirror, mirror. *Psychotherapy Networker, 28*(5), 46–50, 69.
Rowe, M., Frey, J., Bailey, M., Fisk, D., & Davidson, L. (2001). Clinical responsibility and client autonomy: Dilemmas in mental health work at the margins. *American Journal of Orthopsychiatry, 71*, 400–407.
Rupert, P. A., & Baird, K. A. (2004). Managed care and the independent practice of psychology. *Professional Psychology: Research and Practice, 35*, 185–193.
Rupert, P. A., & Kent, J. S. (2007). Gender and work setting differences in career-sustaining behaviors and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 38*, 88–96.
Sabin-Farrell, R., & Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: Implications for the mental health of health workers? *Clinical Psychology Review, 23*, 449–480.
Saks, E. R. (2007). *The center cannot hold: My journey through madness*. New York, NY: Hyperion.
Saltzman, N., & Norcross, J. C. (Eds.). (1990). *Therapy wars: Contention and convergence in different clinical approaches*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
Samson, S. (2006, January). KY miners comment about WV mine explosion. *WFIE.COM*. Retrieved from http://www.14wfie.com/global/story.asp?s=4313743
Sanchez, R. (2000). *My bloody life: The making of a Latin King*. Chicago, IL: Chicago Review Press.
Sanchez, R. (2003). *Once a king, always a king: The unmaking of a Latin King*. Chicago, IL: Chicago
Santrock, J. W. (2006). *Human adjustment*. Boston, MA: McGraw-Hill.
Schafer, R. (2002). Experiencing termination: Authentic and false depressive positions. *Psychoanalytic Psychology, 19*, 235–253.
Schopp, R. F. (2001). *Competence, condemnation, and commitment: An integrated theory of mental health law*. Washington, DC: American Psychological Association.
Schure, M. B., Christopher, J., & Christopher, S. (2008). Mind-body medicine and the art of self-care: Teaching mindfulness to counseling students through yoga, meditation, and qigong. *Journal of Counseling and Development, 86*, 47–56.
Schwarzer, R. (2001). Stress, resources, and proactive coping. *Applied Psychology: An International Review, 50*, 400–407.
Schwebel, M., & Coster, J. (1998). Well-functioning in professional psychologists: As program heads see it. *Professional Psychology: Research and Practice, 29*(3), 284–292.
Seelye, K. Q. (2009, July 23). Obama wades into a volatile racial issue. *New York Times*. Retrieved from http://www.nytimes.com/2009/07/23/us/23race.html?_r=2&hp
Seligman, L. (2004). *Technical and conceptual skills for mental health professionals*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.
Seligman, L. (2006). *Theories of counseling and psychotherapy: Systems, strategies and skills* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist, 50*, 965–974.
Seligman, M. E. P., Walker, E. F., & Rosenhan, D. L. (2001). *Abnormal psychology* (4th ed.). New York, NY: W. W. Norton.
Senior, J. (2009, April 16). The end of the Trench Coat Mafia. *New York Times*. Retrieved from http://www.nytimes.com/2009/04/19/books/review/Senior-t.html
Serran, G., Fernandez, Y., Marshall, W. L., & Mann, R. E. (2003). Process issues in treatment: Application to sexual offender programs. *Professional Psychology: Research and Practice, 34*, 368–374.
Shafranske, E. P. (2005). The psychology of religion in clinical and counseling psychology. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 496–514). New York, NY: Guilford Press.
Shapiro, J. P. (1989). Self-blame versus helplessness in sexually abused children: An attributional analysis with treatment recommendations. *Journal of Social and Clinical Psychology, 8*, 442–455.
Shapiro, J. P. (1995). Attribution-based treatment of self-blame and helplessness in sexually abused children. *Psychotherapy, 32*, 581–591.

Sharkansky, E. J., Brief, D. J., Peirce, J. M., Meehan, J. C., & Mannix, L. M. (1999). Substance abuse patients with posttraumatic stress disorder (PTSD): Identifying specific triggers of substance use and their associations with PTSD symptoms. *Psychology of Addictive Behaviors, 13*, 89–97.

Sheeran, P., Aubrey, R., & Kellett, S. (2007). Increasing attendance for psychotherapy: Implementation intentions and the self-regulation of attendance-related negative affect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 853–863.

Sherby, L. B. (2009). Considerations on countertransference love. *Contemporary Psychoanalysis, 45*, 65–81.

Sherman, M. D., & Thelen, M. H. (1998). Distress and professional impairment among psychologists in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 29*, 79–85.

Shiffman, S., Hickcox, M., Paty, J. A., Gnys, M., Kassel, J. D., & Richards, T. J. (1996). Progression from a smoking lapse to relapse: Prediction from abstinence violation effects, nicotine dependence, and lapse characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 993–1002.

Simmons, T., & Dye, J. L. (2003). Grandparents living with grandchildren: 2000. *US Census Bureau*. Retrieved from http://www.census.gov/prod/2003pubs/c2kbr-31.pdf

Slattery, J. M. (2004). *Counseling diverse clients: Bringing context into therapy*. Belmont, CA: Brooks/Cole.

Slattery, J. M. (2005). Preventing role slippage during work in the community: Guidelines for new psychologists and supervisees. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*, 384–394.

Slattery, J. M., & Park, C. L. (in press a). Clinical approaches to discrepancies in meaning: Conceptualization, assessment, and treatment. In P. Wong (Ed.), *Human quest for meaning* (2nd ed.). New York, NY: Lawrence Erlbaum.

Slattery, J. M., & Park, C. L. (in press b). Meaning making and spiritually oriented interventions. In J. Aten, M. R. McMinn, & E. V. Worthington (Eds.), *Spiritually oriented interventions for counseling and psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

Smith, D., & Fitzpatrick, M. (1995). Patient-therapist boundary issues: An integrative review of theory and research. *Professional Psychology: Research and Practice, 26*, 499–506.

Snibbe, A. C., & Markus, H. R. (2005). You can't always get what you want: Educational attainment, agency, and choice. *Journal of Personality and Social Psychology, 88*, 703–720.

Snyder, C. R., Michael, S. T., & Cheavens, J. S. (1999). Hope as a psychotherapeutic foundation of common factors, placebos, and expectancies. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart & soul of change: What works in therapy* (pp. 179–200). Washington, DC: American Psychological Association.

Snyder, T. A., & Barnett, J. E. (2006). Informed consent and the process of psychotherapy. *Psychotherapy Bulletin, 41*, 37–42.

Starbranch, E. K. (1999). Psychiatric assessment of Andrea Yates. *Court TV*. Retrieved from http://www.courttv.com/trials/yates/docs/psychiatric1.html

Steele, C. M. (1997). A threat in the air: How stereotypes shape intellectual identity and performance. *American Psychologist, 52*, 613–629.

Steinberg, L. (2001). We know some things: Parent-adolescent relations in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence, 11*, 1–20.

Strupp, H. H. (1996). Some salient lessons from research and practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 33*, 135–138.

Stuart, R. B. (2004). Multiculturalism: Questions, not answers. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*, 576–578.

Stuentzner-Gibson, D., Koren, P. E., & DeChillo, N. (1995). The Youth Satisfaction Questionnaire: What kids think of services. *Families in Society, 76*, 616–624.

Sue, D. W. (1992). The challenge of multiculturalism: The road less traveled. *American Counselor, 1*, 7–14.

Sue, D. W. (2004). Whiteness and ethnocentric monoculturalism: Making the "invisible" visible. *American Psychologist, 59*, 761–769.

Sue, D. W., Bingham, R. P., Porché-Burke, L., & Vasquez, M. (1999). The diversification of psychology: A multicultural revolution. *American Psychologist, 54*, 1070–1077.

Sue, D. W., & Sue, S. (2003). *Counseling the culturally diverse: Theory and practice* (4th ed.). New York, NY: John Wiley & Sons.

Sue, S. (1998). In search of cultural competence in psychotherapy and counseling. *American Psychologist, 53*, 440–448.

Sullivan, J. R., Ramirez, E., Rae, W. A., Razo, N. R., & George, C. A. (2002). Factors contributing to breaking confidentiality with adolescent clients: A survey of pediatric psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 33*, 396–401.

Sullivan, T., Martin, W. L., & Handelsman, M. M. (1993). Practical benefits of an informed-consent procedure: An empirical investigation. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*, 160–163.

Swann, W. B. Jr., Chang-Schneider, C., & Larsen McClarty, K. (2007). Do people's self-views matter? Self-concept and self-esteem in everyday life. *American Psychologist, 62*, 84–94.

Taft, C. T., Murphy, C. M., Musser, P. H., & Remington, N. A. (2004). Personality, interpersonal, and motivational predictors of the working alliance in group cognitive-behavioral therapy for partner violent men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 349–354.

Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 615–623.

Thomas, P. M. (2005). Dissociation and internal models of protection: Psycho-therapy with child abuse survivors. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*, 20–36.

Thompson, C. E., & Jenal, S. T. (1994). Interracial and intraracial quasi-counseling interactions when counselors avoid discussing race. *Journal of Counseling Psychology, 41*, 484–491.

Thompson, J. P. (1999). *Psychiatric assessment of Andrea Yates*. Retrieved from http://www.courttv.com/trials/yates/docs/psychiatric6.html

Thompson, K., & Thompson, C. W. (2009, July 24). Officer tells his

side of the story in Gates arrest. *Washington Post.* Retrieved from http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2009/07/23/AR2009072301073.html

Tinsley-Jones, H. A. (2001). Racism in our midst: Listening to psychologists of color. *Professional Psychology: Research and Practice, 32*, 573–580.

Tinsley-Jones, H. (2003). Racism: Calling a spade a spade. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 40*, 179–186.

Triandis, H. C., & Gelfand, M. J. (1998). Converging measurement of horizontal and vertical individualism and collectivism. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 118–128.

Trope, Y., & Thompson, E. P. (1997). Looking for truth in all the wrong places? Asymmetric search of individuating information about stereotyped group members. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*, 229–241.

Turchik, J. A., Karpenko, V., Hammers, D., & McNamara, J. R. (2007). Practical and ethical assessment issues in rural, impoverished, and managed care settings. *Professional Psychology: Research and Practice, 38*, 158–168.

Twenty-first Century Books. (2008). *Malcolm X: A research site.* Retrieved from http://www.brothermalcolm.net/

Uffelman, R. A., & Hardin, S. I. (2002). Session limits at university counseling centers: Effects on help-seeking attitudes. *Journal of Counseling Psychology, 49*, 127–132.

U.S. Census Bureau. (2006). *Statistical abstract of the United States: 2006.* Retrieved from http://www.census.gov/prod/2005pubs/06statab/pop.pdf

Vallacher, R. R., & Wegner, D. M. (1987). What do people think they're doing? Action identification and human behavior. *Psychological Review, 94*, 3–15.

van Baaren, R. B., Holland, R. W., Kawakami, K., & van Knippenberg, A. (2004). Mimicry and prosocial behavior. *Psychological Science, 15*, 71–74.

Wachtel, P. L. (2002). Termination of therapy: An effort at integration. *Journal of Psychotherapy Integration, 12*(3), 373–383.

Wade, N. G., Vogel, D. L., Liao, K. Y., & Goldman, D. B. (2008). Measuring state-specific rumination: Development of the Rumination About an Interpersonal Offense Scale. *Journal of Counseling Psychology, 55*, 419–426.

Walker, M., Jacobs, M. (Producers), & Crisp, D. (Director). (1992). *The clumsy counselor: Loaded remarks from the client's perspective* [Motion picture]. (Available from University of Leicester, P. O. Box 138, Maurice Shock Building, University Road, Leicester LE1 9HN)

Walter, J. L., & Peller, J. E. (1992). *Becoming solution-focused in brief therapy.* New York, NY: Brunner/Mazel.

Ward, S., Donovan, H., Gunnarsdottir, S., Serlin, R. C., Shapiro, G. R., & Hughes, S. (2008). A randomized trial of a representational intervention to decrease cancer pain (RIDCancerPain). *Health Psychology, 27*, 59–67.

Watson, J. C. (2007). Reassessing Rogers' necessary and sufficient conditions of change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 44*, 268–273.

Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution.* New York, NY: Norton.

Weiss, L. (2004). *Therapist's guide to self-care.* New York, NY: Brunner-Routledge.

Weisz, J. R., & Hawley, K. M. (2002). Developmental factors in the treatment of adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 21–43.

Weltner, J. (1998, May/June). Different strokes: A pragmatist's guide to intervention. *Family Therapy Networker*, pp. 53–57.

Wicks, R. J. (2008). *The resilient clinician.* New York, NY: Oxford University Press.

Wright, M. A. (1998). *I'm chocolate, you're vanilla: Raising healthy black and biracial children in a race-conscious world.* San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Yalom, I. D. (2003). *The gift of therapy: An open letter to a new generation of therapists and their patients.* New York, NY: HarperCollins.

Yates, R. (2004, January 18). *Are you there alone? A review.* Retrieved from http://www.yateskids.org/are_you_there_alone.php

Yates, R. (n.d.). *Welcome.* Retrieved from http://www.yateskids.org/

Young, M. E. (2005). *Learning the art of helping: Building blocks and techniques* (3rd ed.). Upper Saddle River, NH: Pearson.

Younggren, J. N., & Gottlieb, M. C. (2008). Termination and abandonment: History, risk, and risk management. *Professional Psychology: Research and Practice, 39*(5), 498–504.


Zaki, J., Bolger, N., & Ochsner, K. (2008). It takes two: The interpersonal nature of empathic accuracy. *Psychological Science, 19*, 399–404.


Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology, 77*, 1271–1288.


Zimmerman, G. L., Olsen, C. G., & Bosworth, M. F. (2000). A stages of change' approach to helping patients change behavior. *American Family Physician, 61*, 1409–1416.

Zuckerman, E. (2000). *Clinician's thesaurus: The guide for writing psychological reports* (5th ed.). New York, NY: Guilford.

Zur, O. (2001, Spring). Out-of-office experience: When crossing office boundaries and engaging in dual relationships are clinically beneficial and ethically sound. *Independent Practitioner, 21*(1), 96–100. Retrieved from http://www.zurinstitute.com/outofoffice.html







Empathic Counseling
Meaning, Context, Ethics, and Skill
Jeanne Slattery
Crystal Park
International Edition
Bibliotheca Alexandrina
1241066
ISBN: 9789957921187
9 789957 921187
دار الفكر
ناشرون وموزعون
www.daralfiker.com